



# CENTRE-NOTRE-DAME-DE-FATIMA

## ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS

<input type="checkbox"/> CAMP DE VACANCES / RÉPITS				<input type="checkbox"/> CAMP DE JOUR		<input type="checkbox"/> GROUPE SCOLAIRE	
<b>PARTICIPANT</b>							
Prénom				Nom			
Date de naissance				Sexe		<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	
No. assurance						Expiration	
<b>MÉDICAMENTS</b>							
Nom du médicament		Raison		Heure		Posologie (mg ou ml)	
<b>Commentaires</b> (si vous indiquez « au besoin », fournir des explications)							
<b>AUTORISATION</b>							
Je reconnais que les informations décrites ci-dessus sont véridiques et j'autorise la personne responsable des soins de santé, ou son mandataire le cas échéant, à administrer les médicaments selon le dosage et la fréquence indiqués.							
Prénom et nom du parent ou		Signature du parent ou tuteur			Date		
<b>Réservé à l'administration</b>							
Chalet :				Moniteur :			
Notes :							



À L'ÉTAT *Naturel*