



# CENTRE-NOTRE-DAME-DE-FATIMA

## ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS

<input type="checkbox"/> CAMP DE VACANCES / RÉPITS	<input type="checkbox"/> CAMP DE JOUR	<input type="checkbox"/> GR. SCOLAIRE	
<b>PARTICIPANT</b>			
Prénom		Nom	
Date de naissance		Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
No. ass. maladie		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 tuteur	Signature du parent ou tuteur	Date	
<b>Réservé à l'administration</b>			
Chalet :		Moniteur :	
Notes :			

