

Administration des médicaments

Enregistrement et consentement

Vous devez remplir ce formulaire d'autorisation afin que les responsables puissent distribuer les **médicaments prescrits ou en vente libre** à votre enfant.

Si des changements concernant l'état de santé de votre enfant survenaient avant le début ou pendant le camp de jour, je m'engage à transmettre cette information à la direction du camp de jour qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.

Nom du participant : _____

MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE (SI APPLICABLE)

J'autorise le personnel à administrer, à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre.

Cocher les médicaments :

- Acétaminophène (*Tylenol, Tempra*)
- Antiémétique (*Gravol*)
- Antihistaminique (*Benadryl, Reactine*)
- Anti-inflammatoire Ibuprofène (*Advil*)
- Antibiotique en crème (*Polysporin*)
- Sirop contre la toux
- Autre, précisez :

MÉDICAMENTS (avec prescription)

Nom : _____ Dosage : _____

Raison : _____ Fréquence* : _____

Nom : _____ Dosage : _____

Raison : _____ Fréquence* : _____

COMMENTAIRES

AUTORISATION

Je reconnais que les informations décrites ci-dessus sont véridiques et j'autorise la personne responsable du camp de jour ou son mandataire le cas échéant, à administrer les médicaments selon le dosage et la fréquence indiqués.

Nom du parent ou tuteur

Date