

Autorisation d'administration de médicaments

INFORMATIONS PERSONNELLES

GROUPE D'ÂGE :

Nom de l'enfant : _____
Moniteur de l'enfant : _____
Allergies (spécifiez si à l'odeur, au toucher et/ou à l'ingestion) : _____

Mon enfant prend les médicaments suivants :

Nom : _____ Dosage : _____
Raison : _____ Fréquence : _____
Heure : _____

Nom : _____ Dosage : _____
Raison : _____ Fréquence : _____
Heure : _____

Nom : _____ Dosage : _____
Raison : _____ Fréquence : _____
Heure : _____

SYMPTÔMES (Nécessitant l'administration du médicament)

- _____
- _____
- _____
- _____

Commentaires :

Par la présente, j'autorise la responsable des soins de santé du Patro de Charlesbourg et/ou tout responsable désigné par cette dernière (moniteur-responsable, animateur, coordonnateur ou directeur) à administrer les médicaments ci-haut mentionnés selon les consignes prévus ci-haut.

Signature du parent : _____ Date : _____