



**CAMP DE JOUR DE LA VILLE DE NICOLET
AUTORISATION DE PRISE D'UN MÉDICAMENT**

Pour des raisons de sécurité, nous vous demandons de mentionner tout médicament qui doit être pris par l'enfant. Merci d'aviser la direction du camp de jour de toute modification concernant ces renseignements.

INFORMATIONS SUR L'ENFANT	
Nom de l'enfant :	
Date de naissance :	
Numéro d'assurance-maladie :	Date d'expiration :

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE-RESPONSABLE DE L'ENFANT	
Nom et prénom :	
Tél. (résidence) :	Tél. (travail, cellulaire) :

INFORMATIONS SUR LA MÉDICATION	
Nom du médicament :	
Raison de la prise du médicament :	
Dose :	
Fréquence :	Heures :
Forme : capsule, pilule <input type="checkbox"/> liquide <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> spécifiez :	
Mon enfant prend son médicament : seul <input type="checkbox"/> avec de l'aide <input type="checkbox"/>	
Le médicament a besoin d'être réfrigéré : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Date du début de la prise du médicament :	Fin :
Le médicament sera remis à l'animateur : chaque jour <input type="checkbox"/> chaque semaine <input type="checkbox"/>	
Autres informations pertinentes :	

J'autorise mon enfant à prendre le médicament décrit ci-dessus en se conformant aux modalités prescrites.

Nom du parent/tuteur : _____

Signature du parent/tuteur : _____ Date : _____

Signature de la direction du camp de jour : _____ Date : _____