



# Administration des médicaments

## Enregistrement et consentement

Nom du campeur : \_\_\_\_\_

### MÉDICAMENTS (avec ou sans prescription) :

|                |                    |
|----------------|--------------------|
| NOM : _____    | DOSAGE : _____     |
| RAISON : _____ | FRÉQUENCE* : _____ |
| NOM : _____    | DOSAGE : _____     |
| RAISON : _____ | FRÉQUENCE* : _____ |
| NOM : _____    | DOSAGE : _____     |
| RAISON : _____ | FRÉQUENCE* : _____ |
| NOM : _____    | DOSAGE : _____     |
| RAISON : _____ | FRÉQUENCE* : _____ |

### COMMENTAIRES :

Informations sur comportement, état psychologique, condition physique, allergies et alimentation. \*Si vous indiquez « AU BESOIN », veuillez fournir plus de détails.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### AUTORISATION

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.

\_\_\_\_\_

Nom du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_

Date

### Réservé à l'administration

|                 |                  |
|-----------------|------------------|
| Chalet : _____  | Moniteur : _____ |
| Note(s) : _____ |                  |

