



CENTRE-NOTRE-DAME-DE-FATIMA

ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS

<input type="checkbox"/> CAMP DE VACANCES / RÉPITS			
PARTICIPANT			
Prénom		Nom	
Date de naissance		Genre	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre
No. ass. maladie		Expiration	
MÉDICAMENTS			
Nom du médicament	Raison	Heure	Posologie (mg ou ml)
Commentaires (si vous indiquez « au besoin », fournir des explications)			
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.			
Prénom et nom du parent ou tuteur	Signature du parent ou tuteur	Date	
Réservé à l'administration			
Chalet :		Moniteur :	
Notes :			

