



Fiche d'autorisation de médicaments

Nom de l'enfant : _____

Dates de fréquentation du camp : _____

Allergie/maladie : _____

Mon enfant prend les médicaments (prescrits, en vente libre, homéopathiques) suivants :

Nom : _____ Dosage : _____

Raison : _____ Fréquence : _____

Nom : _____ Dosage : _____

Raison : _____ Fréquence : _____

Nom : _____ Dosage : _____

Raison : _____ Fréquence : _____

Nom : _____ Dosage : _____

Raison : _____ Fréquence : _____

Important : Les médicaments prescrits doivent être accompagnés de l'étiquette fournie par la pharmacie. À l'arrivée de l'enfant au camp, indiquez tout changement de dosage. Assurez-vous de fournir des médicaments non périmés.

Commentaires : _____

J'autorise les personnes responsables du camp de jour à administrer le(s) médicament(s) ci-haut mentionné(s) à mon enfant.

Signature du père ou de la mère

Date