

# CAMP DE JOUR MUNICIPALITÉ SAINTE-JUSTINE-DE-NEWTON

## 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.

### INFORMATION SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant :	
Date de naissance :	
Numéro d'assurance-maladie :	Date d'expiration :

### PERSONNES-RESSOURCES

Nom et prénom du parent :	
Tél. (résidence) :	Tél. (travail, cellulaire) :

### INFORMATION 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 coordonnatrice \_\_\_\_\_  
Du camp de jour de la municipalité de Sainte-Justine-de-Newton