



Base de Plein Air Mont-Tremblant

3595, rue Léonard, Mont-Tremblant QC J8E 2A5
Téléphone: (819) 425-2461 Fax: (819) 425-7121

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 direction du camp: _____