



DÉCHARGE DE MÉDICAMENTS

**À COMPLÉTER SI VOUS DÉSIREZ QUE LE PERSONNEL RESPONSABLE
ADMINISTRE UN MÉDICAMENT À VOTRE ENFANT**

Nom de l'enfant : _____

Groupe : _____

| | |
|--|----------|
| 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 la personne responsable à lui administrer ledit médicament conformément aux directives ci-haut mentionnées et la dégage de toute responsabilité quant aux conséquences d'une éventuelle réaction à ce médicament.

SIGNATURE DU PARENT

DATE