

ENTREPOSAGE ET ADMINISTRATION D'UN MÉDICAMENT

AUTORISATION PARENTALE

Nom de l'enfant : _____

Nom du parent : _____

Nom de l'employé responsable de la distribution du médicament : _____

Nom de l'employé responsable substitut de la distribution du médicament : _____

****Réservé à l'administration du camp de jour****

Raison de la prise du médicament :

Dosage et fréquence de l'administration du médicament

Entreposage et conservation du médicament :

Précisions ou commentaires :

Si votre enfant doit prendre un médicament et qu'aucune dérogation n'est possible en vertu de la prescription médicale, nous pouvons le distribuer* et superviser la prise du médicament, mais nous ne l'administrons pas. Il est important de rappeler que la distribution de médicaments prescrits demeure une mesure exceptionnelle.

* Distribuer un médicament : Remettre un médicament prescrit à une personne afin qu'elle puisse le prendre elle-même.

J'autorise le responsable des soins de santé du camp de jour à distribuer les médicaments inscrits ci-haut à mon enfant.

- Oui
 Non

Signature du parent ou du tuteur : _____

Signature du responsable des soins de santé : _____

CALENDRIER DE DISTRIBUTION

	Date	Heure	Note	Nom de l'employé	Signature
Semaine de relâche					