

PROJET CATAMARAN 2020-2021 Autorisation d'administrer des médicaments

Nom de l'enfant : _____

Adresse : _____

Date de naissance : _____

Nom de la mère : _____ Téléphone : _____

Téléphone : _____

Nom du père : _____ Téléphone : _____

Téléphone : _____

À remplir par le parent

Description du problème de santé de l'enfant :

Par la présente, j'autorise les intervenants de Vallée Jeunesse à administrer à mon enfant _____

(Nom de l'enfant)

le médicament suivant :

Nom du médicament : _____

Médecin : _____

Dosage : _____ Heure : _____

Durée du traitement : _____

- Si le médicament doit être administré au besoin, décrire dans quelles circonstances l'école doit l'administrer (ex : comportement, signes, symptômes de l'enfant :

En signant ce document, je reconnais les effets possibles dudit médicament et je dégage le personnel de Vallée Jeunesse de toute responsabilité suite aux conséquences qui pourraient résulter de l'administration dudit médicament à mon enfant.

Signature du parent : _____ Date : _____