

**CAMP EXPLORATION 2022**  
**Autorisation d'administrer des médicaments et allergies**

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Nom de la mère : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Nom du père : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_

---

**À remplir par le parent**

ALLERGIE(S) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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 à la suite des conséquences qui pourraient résulter de l'administration dudit médicament à mon enfant.**

Signature du parent : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_