

## FICHE D'AUTORISATION : MÉDICAMENTS ET TRAITEMENTS

À remplir seulement si le participant présente une condition médicale qui nécessite l'administration d'un ou des médicaments durant les heures de camp.

### 1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX :

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
Âge : \_\_\_\_\_ Camp de jour (Club Été ou Club Ados): \_\_\_\_\_

### 2. DESCRIPTION DE LA CONDITION MÉDICALE :

Condition médicale : \_\_\_\_\_  
Description de la condition médicale : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 3. MÉDICAMENT À PRENDRE (si applicable) :

Nom du médicament à administrer : \_\_\_\_\_  
Date ou période de prise du médicament : du \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ au \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Heures de l'administration du médicament (incluant les heures hors Club été) :  
\_\_\_ h \_\_\_ \_\_\_ h \_\_\_ \_\_\_ h \_\_\_ \_\_\_ h \_\_\_  
Posologie : \_\_\_\_\_  
Méthode d'administration (ex : buccale) : \_\_\_\_\_  
Spécifications : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 4. MÉDICAMENT À PRENDRE (si applicable) :

Nom du médicament à administrer : \_\_\_\_\_  
Date ou période de prise du médicament : du \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ au \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Heures de l'administration du médicament (incluant les heures hors Club été) :  
\_\_\_ h \_\_\_ \_\_\_ h \_\_\_ \_\_\_ h \_\_\_ \_\_\_ h \_\_\_  
Posologie : \_\_\_\_\_  
Méthode d'administration (ex : buccale) : \_\_\_\_\_  
Spécifications : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Par la présence, j'autorise le personnel désigné par le camp de jour à administrer ce ou ces médicament(s) selon les modalités indiquées.

\_\_\_\_\_

Signature

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Date

### À REMPLIR ET SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE (EX : EPIPEN)

A-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en raison de ses allergies ?  
Oui  Non

Si oui, qui doit l'avoir en sa possession lors de la journée ? Enfant  Employé

Sait-il s'en servir seul ? Oui  Non

Précisions : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Par la présente, j'autorise le personnel désigné par le camp de jour de la Ville de Magog à administrer, en cas d'urgence, selon les modalités indiquées, la dose d'adrénaline (marque) \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Signature

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Date