



FICHE D'AUTORISATION : MÉDICAMENTS ET TRAITEMENTS

À remplir seulement si votre enfant présente une condition médicale qui nécessite l'administration de médicaments durant les heures de camp.

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX :

Prénom : _____	Nom : _____	
Âge : _____	École : _____	Groupe : _____

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 : _____

J'autorise le personnel du camp de jour à administrer ce ou ces médicament(s), à mon enfant.

Signature : _____ Date : ___/___/___

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

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en raison de ses allergies ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, qui doit l'avoir en sa possession lors d'une journée au Club été? Enfant <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/>	
Sait-il s'en servir seul ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Précisions : _____	

Par la présente, j'autorise le personnel désigné par le Club été de la Ville de Magog à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline (marque) _____ à mon enfant.	
_____	___/___/___
Signature du parent	Date