



## FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

### INFORMATIONS SUR L'ENFANT

Prénom et nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom et nom du parent ou tuteur légal : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

### AUTORISATION

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ (nom du parent ou tuteur légal), autorise par la présente le personnel désigné du Camp de jour Charlo à administrer les médicaments suivants à mon enfant, conformément aux instructions ci-dessous.

Je comprends que le Camp de jour Charlo ne dispose pas de personnel médical pour administrer les médicaments aux participants. Ceux-ci seront administrés par le personnel régulier, conformément aux directives écrites du médecin traitant ou à celles indiquées sur l'étiquette du médicament.

### INFORMATIONS SUR LE(S) MÉDICAMENT(S)

Pour CHAQUE médicament, veuillez remplir les sections suivantes :

Nom du médicament : \_\_\_\_\_

Utilisation prévue (raison de l'administration) : \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_

Fréquence et heure d'administration : \_\_\_\_\_

Voie d'administration (ex : oral, topique, inhalateur) : \_\_\_\_\_

Conditions particulières ou précautions (ex : à prendre avec de la nourriture, effets secondaires à surveiller) : \_\_\_\_\_

Date de prescription ou dernière révision : \_\_\_\_\_

Nom du médecin prescripteur : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone du médecin : \_\_\_\_\_

Le médicament doit être fourni dans son contenant original, clairement étiqueté avec le nom de l'enfant, le nom du médicament, le dosage, la fréquence et la date d'expiration.



**Nom du médicament (si applicable):** \_\_\_\_\_

**Utilisation prévue (raison de l'administration):** \_\_\_\_\_

**Posologie:** \_\_\_\_\_

**Fréquence et heure d'administration:** \_\_\_\_\_

**Voie d'administration (ex: oral, topique, inhalateur):** \_\_\_\_\_

**Conditions particulières ou précautions (ex: à prendre avec de la nourriture, effets secondaires à surveiller):**

\_\_\_\_\_

**Date de prescription ou dernière révision:** \_\_\_\_\_

**Nom du médecin prescripteur:** \_\_\_\_\_

**Numéro de téléphone du médecin:** \_\_\_\_\_

Le médicament doit être fourni dans son contenant original, clairement étiqueté avec le nom de l'enfant, le nom du médicament, le dosage, la fréquence et la date d'expiration.

## CONDITIONS ET RESPONSABILITÉS

Je m'engage à informer le personnel du camp de jour de tout changement dans la médication de mon enfant.

Je comprends que le personnel du Camp de jour Charlo ne sera pas tenu responsable des réactions allergiques ou effets secondaires imprévus liés à l'administration des médicaments.

Je m'engage à fournir les médicaments en quantité suffisante pour la durée du séjour de mon enfant au Camp. Tout médicament non utilisé me sera retourné à la fin de la période d'inscription.

Je comprends que le personnel du Camp de jour Charlo se réserve le droit de refuser d'administrer un médicament si les informations fournies sont incomplètes, si le médicament n'est pas correctement étiqueté ou si celui-ci requiert d'être administré par un professionnel de la santé qualifié pour le faire.

En cas d'urgence médicale liée à l'administration d'un médicament ou à la santé de mon enfant, j'autorise le personnel du Camp à prendre les mesures nécessaires, y compris l'appel aux services d'urgence (9-1-1) et le transport vers l'établissement de santé le plus proche. Je comprends que je serai informé(e) dès que possible.

## SIGNATURE

Je confirme avoir lu et compris toutes les informations contenues dans ce formulaire et j'autorise l'administration des médicaments à mon enfant tel que décrit ci-dessus.

**Signature du parent ou tuteur:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

