

Camp de jour de Saint-Robert

Autorisation pour les médicaments

Nom de l'enfant : _____

Nom du médicament : _____

Nom du médecin : _____

Dates et heures auxquelles le médicament doit être administré :

Du : _____ **au** _____ **2021** **Heures :** _____

Quantité à administrer : _____

Remarque particulière : _____

J'autorise : _____ **à administrer le médicament**

(Nom de l'animatrice)

ci-haut mentionné, à mon enfant, selon la posologie inscrite.

Signature du parent : _____ **Date :** _____