

CAMP EXPLORATION 2024
Autorisation d'administrer des médicaments et allergies

Nom de l'enfant : _____
Adresse : _____
Date de naissance : _____
Nom de la mère : _____ Téléphone : _____
Téléphone : _____
Nom du père : _____ 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 Outaouais à administrer à mon enfant

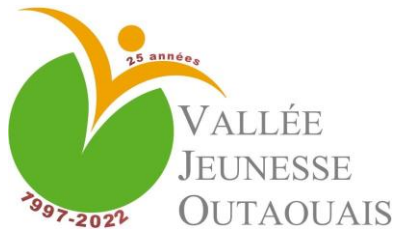
(Nom de l'enfant)

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.



Vallée Jeunesse Outaouais
9 rue Dumas, Gatineau, J8Y 2M4
Téléphone: 819-778-8550 poste 52
Courriel: catamaran@valleejeunesse.ca

Signature du parent : _____

Date : _____