

Autorisation d'administration médicaments
INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom de l'enfant : _____

Date de naissance : _____

SI ALLERGIE(S), EFFET DE/DES L'ALLERGIE(S)

MON ENFANTS PREND LES MÉDICAMENTS SUIVANTS :
Nom du médicament #1 :

Dosage :

Fréquence :

Heure :

Raison :

Symptômes nécessitant l'administration du médicament :

Effets secondaires possibles :

Nom du médicament #2 :

Dosage :

Fréquence :

Heure :

Raison :

Symptômes nécessitant l'administration du médicament :

Effets secondaires possibles :

Nom du médicament #3 :

Dosage :

Fréquence :

Heure :

Raison :

Symptômes nécessitant l'administration du médicament :

Effets secondaires possibles :

Par la présente, j'autorise tout responsable désigné par le Patro à administrer les médicaments selon les consignes prévues ci-haut.

Signature du parent: _____ Date : _____

(Document valide tout au long d'une saison : été ou automne/hiver/printemps. Doit être renouvelé à chaque début de saison.)

C:\Users\Yan\Desktop\PATRO\Infrastructures-Bâtiments-Locaux -Terrains\Infirmierie\Autorisation administration medicament.docx

Mise à jour : 16 mars 2015

AU BESOIN...

Nom du médicament #4 :
Dosage :
Fréquence :
Heure :
Raison :
Symptômes nécessitant l'administration du médicament :
Effets secondaires possibles :

Nom du médicament #5 :
Dosage :
Fréquence :
Heure :
Raison :
Symptômes nécessitant l'administration du médicament :
Effets secondaires possibles :

Nom du médicament #6 :
Dosage :
Fréquence :
Heure :
Raison :
Symptômes nécessitant l'administration du médicament :
Effets secondaires possibles :

Nom du médicament #7 :
Dosage :
Fréquence :
Heure :
Raison :
Symptômes nécessitant l'administration du médicament :
Effets secondaires possibles :

Nom du médicament #8 :
Dosage :
Fréquence :
Heure :
Raison :
Symptômes nécessitant l'administration du médicament :
Effets secondaires possibles :