

CENTRE COMMUNAUTAIRE SAINT-PIERRE
CAMP DE JOUR
AUTORISATION DE PRISE D'UN MÉDICAMENT

SUR LE SITE PRINCIPAL ET EN SORTIE

Aucun médicament ne peut être pris sans l'autorisation écrite des parents. Les parents doivent remplir le formulaire d'autorisation de prise d'un médicament afin que l'enfant puisse avoir son médicament selon le dosage prescrit et à l'heure recommandée.

Il est de la responsabilité des animateurs de s'assurer que l'enfant a bel et bien pris son médicament. L'animateur devra remplir et signer le *Registre des traitements et médicaments* chaque fois qu'un participant prend son médicament.

Pour les enfants allergiques qui ont une dose d'adrénaline (ex. : Épipen, Ana-Kit), l'animateur s'assure que l'enfant l'a toujours avec lui.

Tous les médicaments sont rangés dans un endroit sécuritaire et accessible uniquement au personnel autorisé.

CENTRE COMMUNAUTAIRE SAINT-PIERRE
CAMP DE JOUR
AUTORISATION DE PRISE D'UN MÉDICAMENT

Pour des raisons de sécurité, nous vous demandons de mentionner tout médicament qui doit être pris par l'enfant. Merci d'aviser la direction du camp de jour de toute modification concernant ces renseignements.

| | | |
|---|--|---------------------------|
| INFORMATIONS SUR L'ENFANT | | |
| Nom de l'enfant : | | |
| Date de naissance : | | |
| N° d'assurance-maladie : | | Date d'expiration : |
| PERSONNES-RESSOURCES | | |
| Nom du parent / tuteur : | | |
| Tél. rés. : | | Tél. (trav. cellulaire) : |
| INFORMATIONS SUR LE MÉDICAMENT | | |
| Raison de la prise du médicament : | | |
| Nom du médicament : | | |
| Dose : | | |
| Fréquence : | Heures : | |
| Forme : | capsule, pilule <input type="checkbox"/> liquide <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> spécifiez : | |
| Mon enfant prend son médicament : seul <input type="checkbox"/> avec de l'aide <input type="checkbox"/> | | |
| Le médicament a besoin d'être réfrigéré : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | | |
| Le médicament sera remis à l'animateur : chaque jour <input type="checkbox"/> chaque semaine <input type="checkbox"/> | | |
| Autres informations pertinentes : | | |
| SIGNATURES | | |
| J'autorise mon enfant à prendre le médicament décrit ci-dessus en se conformant aux modalités prescrites. | | |
| Nom du parent/tuteur : | | |
| Signature du parent/tuteur : | | Date : |
| Signature de la direction du camp de jour Centre communautaire Saint-Pierre : | | |