**FORMULAIRE DE DEMANDE DE DISTRIBUTION OU D’ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS PRESCRITS**

|  |
| --- |
| **Supercamp @ vanier college** |
| **Nom du participant :** |  |  | **Date de naissance :** |  |  |
| Nom du premier parent ou tuteur légal : | Nom du second parent ou tuteur légal (facultatif) : |
|  |  |  |
| Veuillez cmpléter les informations suivantes  |
| Médicament: |  |  |
| Nom du médecin: |  |  |
| Posologie : |  |  |
| Heure à laquelle le médicament doit être administré : |  |  |
| Procédure d’administration : |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Le médicament doit-il être réfrigéré? Oui** [ ]  **Non** [ ]   |
|  |
| **Durée du traitement :** |
|  |  |
|  |
|  |  |
| Effets secondaires et contrindications: |
|  |
|  |
|  |
| **Autre information pertinente :** |
|  |
|  |
| **autorisation : Cette autorisation est valide pour la/les semaine/s suivante/s:** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
|  |
| J’autorise un membre du personnel du Supercamp à distribuer et/ou administré ce médicament à mon enfant.  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
| Signature d’un parent ou tuteur légal |  |  |  Date |