

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

A. Identification de l'enfant

Prénom et nom : _____ Âge : _____
Adresse : _____
N° d'assurance maladie : _____ Date d'expiration : _____

B. Identification du parent ou tuteur légal

| | |
|-----------------------|-------------------------------------|
| Parent | Tuteur légal (s'il y a lieu) |
| Prénom et nom : _____ | Prénom et nom : _____ |

C. Information sur la médication

Nom du médicament : _____
Raison de la prise du médicament : _____
Dose : _____ Fréquence : _____ Heures : _____
Forme : capsule pilule liquide autre : précisez _____
Mon enfant prend son médicament : seul avec de l'aide
Le médicament a besoin d'être réfrigéré : oui non
Autres informations pertinentes : _____

D. Autorisation du parent ou tuteur légal

Signature _____ Date _____
Prénom et nom en lettre moulées _____

En inscrivant mon nom dans la case signature électronique ci-après, je confirme ma signature.

Signature électronique _____
Date _____ Heure _____