

Formulaire pour l'administration de médicaments
Camp musical des Jvdc – 21 au 23 février 2025

Nom de l'enfant : _____

Date de naissance : _____

No d'assurance maladie : _____ Expiration: _____

Médicament prescrit : _____

Dosage : _____

Heure(s) de la prise : _____

Allergies : _____

Épipen: _____ OUI _____ NON _____

Contacts (2) d'urgence durant la fin de semaine :

1- Nom: _____ Tel : _____

2- Nom: _____ Tel : _____

N.B. : Le médicament doit être dans son contenant d'origine avec l'étiquette de pharmacie indiquant le nom de l'enfant, le nom du médicament et la posologie. Ce prérequis est obligatoire pour que le médicament soit administré à votre enfant de façon sécuritaire. Veuillez noter que nous ne sommes pas responsables de la prise de médicaments en vente libre non prescrits.

J'autorise un bénévole du camp à superviser et administrer le médicament prescrit de mon enfant, tel qu'indiqué sur ce formulaire.

Nom : _____

Date : _____

Signature : _____