



Administration des médicaments

Enregistrement et consentement

Nom du campeur : _____

MÉDICAMENTS (avec ou sans prescription) :

NOM : _____	DOSAGE : _____
RAISON : _____	FRÉQUENCE* : _____
NOM : _____	DOSAGE : _____
RAISON : _____	FRÉQUENCE* : _____
NOM : _____	DOSAGE : _____
RAISON : _____	FRÉQUENCE* : _____
NOM : _____	DOSAGE : _____
RAISON : _____	FRÉQUENCE* : _____

COMMENTAIRES :

Informations sur comportement, état psychologique, condition physique, allergies et alimentation. *Si vous indiquez « AU BESOIN », veuillez fournir plus de détails.

AUTORISATION

Je reconnais que les informations décrites ci-dessus sont véridiques et j'autorise la personne responsable des soins de santé ou son mandataire, le cas échéant, à administrer les médicaments selon le dosage et la fréquence indiqués.

Nom du parent ou tuteur

Date

Réservé à l'administration

Chalet : _____	Moniteur : _____
Note(s) : _____	

