Formulaire de prise de médicaments

1. IDENTIFICATION

Nom de l'enfant :	**Date de naissance:**
Numéro d'assurance-maladie :	**Date d'expiration :** _____/____/____

2. PERSONNE-RESSOURCE

Nom du parent :	**Téléphone:**

3. INFORMATION SUR LA MÉDICATION

Nom du médicament :	**Dose:**
Raison de la prise du médicament :	**Heure(s) :**
Forme : CAPSULE ☐ LIQUIDE ☐ AUTRE ☐ Précisez :	**Date de fin :**
Le médicament sera remis au coordonnateur : Chaque jour ☐ Chaque semaine ☐	**Doit être gardé au froid :** OUI ☐ NON ☐
Autres informations pertinentes :	

J'autorise le personnel du camp de jour à administrer le médicament décrit ci-dessus selon les modalités prescrites.

Signature du parent : _____ **Date :** _____

DATE :	HEURE :	NOM :	INITIALES :