

## INFORMATION SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant

Date de naissance

# Assurance-maladie  Date exp. :

## COORDONNÉES PERSONNE-RESSOURCE

Nom du parent

Téléphone  Cellulaire

Courriel

## INFORMATION

Nom du médicament

Raison de la prise du médicament

Dose

Fréquence  Heures

Forme  Capsule/pilule  Liquide  Autres spécifiez :

Mon enfant prend son médicament **SEUL**

Mon enfant prend son médicament **avec de l'aide**

Le médicament à besoin d'être réfrigéré  OUI  NON

Date du début de prise du médicament  Fin

Le médicament sera remis à l'animateur :  Chaque jour  Chaque semaine

Autres informations pertinentes :

*J'autorise mon enfant à prendre le médicament décrit ci-dessus en se conformant aux modalités prescrites :*

Nom du parent/tuteur

Signature du parent/tuteur

Date

Signature de la direction du camp de jour Les Voltigeurs