



Ville de Saint-Rémi
Service des loisirs
105 rue de la Mairie
Saint-Rémi, Qc, J0L 2L0
450 454-3993

FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom de l'enfant : _____ Groupe : _____

No assurance maladie : _____ Expiration : _____

Nom du parent : _____

INFORMATIONS SUR LA MÉDICATION

Nom du médicament : _____

Posologie : _____

Effets secondaires (s'il y a lieu) : _____

Notes : _____

Date de début de l'autorisation : _____ / date de fin _____

En signant ce document, j'autorise le personnel du camp de jour de la Ville de Saint-Rémi à administrer le médicament indiqué ci-dessus, selon la posologie requise. Je dégage ainsi la Ville de Saint-Rémi et ses employés de toute responsabilité en lien avec l'administration du dit médicament.

Signature du parent : _____ Date : _____