



**Municipalité de Sainte-Clotilde**

2452 chemin de l'Église

Saint-Clotilde, Qc, J0L 1W0

450 826-3129

## FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

### INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom du parent : \_\_\_\_\_

No assurance maladie : \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_\_

### 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 Municipalité de Sainte-Clotilde à administrer le médicament indiqué ci-dessus, selon la posologie requise. Je dégage ainsi la Municipalité de Sainte-Clotilde et ses employés de toute responsabilité en lien avec l'administration du dit médicament.

Signature du parent : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_