

## Formulaire de demande d'administration de médicaments sans ordonnance

Par la présente, je comprends et j'accepte que le personnel du programme du camp de jour de la Paroisse Sainte-Marie entrepose et administre le médicament ci-dessous à mon enfant selon les directives écrites du médecin. Une copie de ces directives est attachée au formulaire d'inscription. Je comprends et j'accepte aussi de fournir le médicament au personnel du programme du camp de jour dans son contenant d'origine, sur lequel j'ai apposé une étiquette datée portant le nom de mon enfant et la fréquence et les conditions d'administration du médicament.

Médicaments sans ordonnance :

1-Nom du médicament : \_\_\_\_\_

Conditions d'administration du médicament : \_\_\_\_\_

Fréquence d'administration du médicament : \_\_\_\_\_

Informations supplémentaires : \_\_\_\_\_

Copie des directives écrites du médecin pour l'administration du médicament attachée à ce formulaire :  Oui  Non

2-Médicament sans ordonnance :

Nom du médicament : \_\_\_\_\_

Conditions d'administration du médicament : \_\_\_\_\_

Fréquence d'administration du médicament : \_\_\_\_\_

Informations supplémentaires : \_\_\_\_\_

Copie des directives écrites du médecin pour l'administration du médicament attachée à ce formulaire :  Oui  Non

Nom du parent (ou tuteur légal) : \_\_\_\_\_

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

Signature du parent (ou tuteur légal) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_