



LOISIRS  
SAINT-SACREMENT  
Complice de vos loisirs!

## Autorisation pour les médicaments

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

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom du médicament **prescrit** : \_\_\_\_\_

Dose prescrite : \_\_\_\_\_

Horaire d'administration (heure) : \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Le médicament sera remis au responsable :

- Chaque matin
- Au début de chaque semaine

**J'autorise un membre du personnel des Loisirs Saint-Sacrement à administrer le médicament mentionné ci-haut conformément aux directives et le dégage de toute responsabilité quant aux conséquences d'une éventuelle réaction à ce médicament.**

Cette autorisation est valide :

- Tout l'été
- Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ 2019

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

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

Date : \_\_\_\_\_