



# Camp de jour de Napierville & Saint-Cyprien



## Autorisation parentale pour l'administration d'un médicament

### Information de l'enfant

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

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

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

Numéro de cellulaire : \_\_\_\_\_

### Information sur la médication

Nom du médicament : \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_

Effets secondaires : \_\_\_\_\_

Durée de l'autorisation : Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_

J'autorise le personnel du camp de jour de Napierville et Saint-Cyprien-de-Napierville à administrer le médicament désigné ci-dessus, selon la posologie nécessaire. Je dégage les municipalités de Napierville et Saint-Cyprien-de-Napierville, ainsi que ses employés de toute responsabilité en lien avec l'administration de ce médicament.

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

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