

# Autorisation

## Distribution ou administration de médication

- Identification	
Enfant :	Date de naissance :
Tuteur 1 : _____	Téléphone : _____
Tuteur 2 : _____	Téléphone : _____
Raison de la prise de médication : _____	

- Médication	
Nom :	
Dosage : _____	Fréquence : _____
Prend sa médication seul Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	
Précisez : _____	
Forme : capsule <input type="radio"/> pilule <input type="radio"/> liquide <input type="radio"/> autre <input type="radio"/> _____	Besoin d'être réfrigéré oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> Préciser : _____
Mon enfant a une <b>dose d'adrénaline</b> (Epipen, Ana-Kit) en raison de ses allergies ? Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	
J'autorise les personnes désignées par le camp de jour à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline à _____ mon enfant.	
Allergie(s) : _____	
➔ _____ Signature du tuteur _____ date	
Période d'autorisation du : _____ au : _____	

- Autorisation	initial
J'autorise un membre du personnel délégué par l'autorité du camp de jour, à distribuer ou administrer le médicament prescrit à mon enfant. Je dégage cette personne, de toute responsabilité face aux effets secondaires ou résultat imprévu dû à l'administration de ce dernier.	
Je reconnais que le personnel du camp de jour ne possède pas de formation médicale.	
J'accepte ma responsabilité de prévenir le camp de jour de toutes modifications aux indications précédentes.	
Veuillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement à son animateur et à son responsable afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.	

➔ \_\_\_\_\_ Signature du tuteur \_\_\_\_\_ date