

Coordonnées de l'enfant

No carte de citoyen : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

(_____)

No de téléphone (le jour) du titulaire de l'autorité parentale

Autorisation / médicaments

Je, _____
(titulaire de l'autorité parentale)

responsable de _____
(nom de l'enfant)

autorise la municipalité ou son(sa) représentant(e), lequel(laquelle) peut être un membre du personnel ou tous les intervenants auprès de mon enfant, se trouvant sur les lieux de l'activité à administrer les médicaments suivants :

| Médicament | Prescrit par | Dosage | Date et heure de l'administration | Raison |
|------------|--------------|--------|-----------------------------------|--------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Cette autorisation doit être accompagnée d'une copie de l'étiquette de la pharmacie.

Signature du titulaire de l'autorité parentale

Date