

ANNEXE A Formulaire d'autorisation d'administration de médicaments					
Nom de la participante ou du participant :			Date de naissance de la participante ou du participant :		Adresse de la participante ou du participant : <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> Nom de la personne-ressource en cas d'urgence : Numéro de la personne-ressource en cas d'urgence : </div>
Nom du médicament (tel qu'il figure sur l'étiquette)	Posologie et voie d'administration	Date de péremption du médicament	Instructions pour la prise de médicaments	Schéma d'administration (horaire)	Effets secondaires possibles

Notes supplémentaires :	
J'autorise le personnel des PSP à administrer des médicaments à mon enfant en mon nom pendant le programme du camp. Je suis responsable d'informer le personnel en cas de modification des médicaments énumérés ci-dessus. X _____ Parent signature	Le personnel des PSP a passé ce document en revue et discuté de l'administration des médicaments et des effets secondaires potentiels. X _____ PSP Staff Signature