

Annexe A

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 :	
				Nom de la personne-ressource en cas d'urgence : Numéro de la personne-ressource en cas d'urgence :	
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)

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	