

## **AUTORISATION D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS**

Les employés des Loisirs Bon-Pasteur (moniteur en chef, moniteur, coordonnateur) ne sont autorisés qu'à donner un médicament prescrit à votre enfant, et ce, uniquement si ce document est complété et signé.

Par conséquent, j'autorise le personnel des Loisirs Bon-Pasteur à administrer à mon enfant;

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

### ***le médicament suivant:***

Nom du médicament: \_\_\_\_\_

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

Heure: \_\_\_\_\_

Début du traitement: \_\_\_\_\_

Fin du traitement: \_\_\_\_\_

Conservation: Armoire  Réfrigérateur

Signature du parent ou tuteur légal: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

N.B.: Le médicament vous sera retourné par l'entremise de votre enfant, à moins d'indications contraires,  
à la date de la fin du traitement.

### **SECTION RÉSERVÉE AU PERSONNEL**

Médicament reçu par: \_\_\_\_\_

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

Médicament retourné par \_\_\_\_\_

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