

AUTORISATION DE PRISE D'UN MÉDICAMENT

Le Saiso, Centre de plein air

Camp de jour 2026

SAISO

CENTRE DE PLEIN AIR

DEPUIS 1942

375, rue de l'Aventure,
Québec G2M 1N3

Pour des raisons de sécurité, nous vous demandons de mentionner tout médicament qui doit être pris par l'enfant. Merci d'aviser la direction du camp de toute modification concernant ces renseignements.

Information de l'enfant

Nom complet :

Date de naissance :

Site fréquenté : Charlesbourg Sainte-Brigitte-de-Laval Château-Richer

Personne-ressource

Nom complet du parent :

Numéro de téléphone :

Numéro de téléphone :

Information sur la médication

Nom du médicament :

Dose :

Fréquence :

Heure :

Forme :

Capsule, pilule

Liquide

Autre (spécifiez)

Mon enfant prend son médicament :

Seul

Avec aide

Le médicament a besoin d'être réfrigéré :

Oui

Non

Date du début de la prise du médicament :

Fin :

Le médicament sera remis :

chaque jour

chaque semaine

Autres informations pertinentes :

J'autorise mon enfant à prendre le médicament décrit ci-dessus en se conformant aux modalités prescrites.

Nom du parent :

Signature :

Date :