

## Décharge de médicaments

Mon enfant : \_\_\_\_\_

Lieu d'activité : \_\_\_\_\_

Groupe d'âge : \_\_\_\_\_

Aura à prendre \_\_\_\_\_ régulièrement  au besoin

Spécifiez :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom du médicament prescrit : \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Dose prescrite : \_\_\_\_\_

Horaire d'administration : \_\_\_\_\_

Informations supplémentaires :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

J'autorise la personne responsable du groupe \_\_\_\_\_, ou tout autre membre de l'équipe d'animation présent (exemple; dans le cas d'un ÉPIPEN), à lui administrer ledit médicament conformément aux directives mentionnées ci-haut, et la (les) dégage de toute responsabilité quant aux conséquences d'une éventuelle réaction à ce médicament.

Signature du parent : \_\_\_\_\_

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

**À compléter et à retourner avec la fiche d'inscription** par la poste à l'adresse suivante :

Loisirs Duberger Les Saules

2455 boul. Central

Québec (Qc) G1P 3N9

ou via notre boîte à courrier situé à la piscine Jos.-A.-Lachance .