



**AUTORISATION POUR LES MÉDICAMENTS**  
(Important de remettre au secrétariat avant le 18 juin)

Nom et prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Nom du médicament **PRESCRIT** : \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

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

Horaire d'administration (Jour, heure, période de traitement):

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

**J'autorise un membre du personnel des Loisirs Saint-Sacrement à administrer ledit médicament conformément aux directives ci-haut mentionnées et le ou la dégage de toute responsabilité quant aux conséquences d'une éventuelle réaction à ce médicament.**

Cette autorisation est valide pour (COCHEZ) :



Tout l'été



Autre précisez : \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Date