

Autorisation parentale pour l'administration d'un médicament

Médicament avec ou sans ordonnance

L'Association des Scouts du Canada ainsi que ses organisations affiliées ne disposent pas de l'expertise et des connaissances professionnelles nécessaires à l'administration de médicament. Celle-ci accepte cependant pour des raisons de commodité et d'accommodement, lorsque les circonstances le justifient, d'administrer les médicaments identifiés dans le présent formulaire à votre jeune.

Tous changements concernant les informations inscrites sur cette fiche doivent y figurer.
Pour plus d'information, veuillez-vous référer à la Politique d'administration de médicaments.

INFORMATION GÉNÉRALE	
Nom de deux membres adultes désignés pour l'administration de médicament :	
Nom de l'enfant :	

MÉDICAMENTS ET POSOLOGIE :		
Nom du médicament à administrer :		
Instructions relatives à l'administration du médicament (posologie) :		
Durée de l'autorisation :	Du :	Au :
Nom du médicament à administrer :		
Instructions relatives à l'administration du médicament (posologie) :		
Durée de l'autorisation :	Du :	Au :

Initiales

MÉDICAMENTS ET POSOLOGIE :		
Nom du médicament à administrer :		
Instructions relatives à l'administration du médicament (posologie) :		
Durée de l'autorisation :	Du :	Au :
Nom du médicament à administrer :		
Instructions relatives à l'administration du médicament (posologie) :		
Durée de l'autorisation :	Du :	Au :
Nom du médicament à administrer :		
Instructions relatives à l'administration du médicament (posologie) :		
Durée de l'autorisation :	Du :	Au :

AUTORISATION PARENTALE		
<ul style="list-style-type: none"> - Je déclare que mon enfant a déjà pris ce médicament à la maison sous ma surveillance avant son admission en camp. - Je m'engage à remettre le médicament dans son contenant d'origine, à défaut de quoi, je comprends que les personnes responsables ci-haut mentionnées peuvent refuser d'administrer le médicament. - Le contenant doit porter l'étiquette de la pharmacie et être accompagné de tout avis remis par le pharmacien. - Je reconnais que l'administration de médicaments peut comporter certains risques et j'accepte ces risques. 		
Nom du parent et/ou du tuteur légal :		
Signature du parent et/ou du tuteur légal :	_____	Date :

Dernière mise à jour : 6.06.2023