

Autorisation d'administration de médicaments

Je soussigné..... parent de.....
demande aux chefs d'administrer à mon enfant durant la période du
camp..... les médicaments suivant :

Nom du médicament	La dose, la fréquence et la durée du traitement	Le mode d'administration

Toutes autres informations bonne à savoir :

.....
.....
.....

Date et signature du parent