



**Camp de jour Aux Quatre Vents**  
Loisirs de la municipalité de St-Jude  
940, rue Centre Saint-Jude J0H 1P0  
[sj.loisirs@mrcmaskoutains.qc.ca](mailto:sj.loisirs@mrcmaskoutains.qc.ca)

## Autorisation de distribuer ou d'administrer un médicament prescrit Été 2018

Nous vous demandons de remplir ce formulaire d'autorisation et de nous le retourner dans les plus brefs délais si votre enfant doit recevoir un médicament pendant sa présence au camp de jour.

Nom de l'enfant :	Prénom de l'enfant :
Brève description du problème de santé :	

### Médication

Nom du médicament :	
Dosage :	Heure :
Durée du traitement :	
Effets secondaires prévisibles, si connus :	
Mode de conservation du médicament :	

### Autorisation

- J'autorise un membre du personnel, délégué par le Camp de jour Aux-Quatre- Vents, à distribuer ou administrer le médicament prescrit à mon enfant.
- Mon enfant doit prendre son médicament pendant les heures du camp de jour, mais il le fera de manière autonome. Je dégage par le fait même l'administration du camp de jour de toute responsabilité face à la prise dudit médicament
- J'accepte ma responsabilité de prévenir le Camp de jour Aux 4 Vents de toute modification aux indications précédentes.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale

\_\_\_\_\_  
Date



## **Camp de jour Aux 4 Vents**

Loisirs de la municipalité de St-Jude  
940, rue Centre Saint-Jude J0H 1P0

[sj.loisirs@mrcmaskoutains.qc.ca](mailto:sj.loisirs@mrcmaskoutains.qc.ca)

### **Autorisation de départ pour l'été 2018**

Par la présente, j'autorise mon enfant à quitter le camp de jour seul. À partir de l'heure inscrite plus bas, je dégage le camp de jour Aux-4-vents de toute responsabilité.

Date à partir de laquelle cette autorisation sera applicable : \_\_\_\_\_

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

Heure de départ : \_\_\_\_\_

Journées où l'enfant doit partir seul :      L      M      M      J      V

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

Signature du coordonnateur : \_\_\_\_\_