

**AUTORISATION POUR L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENT**



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

Je \_\_\_\_\_  
(Nom du parent)

**AUTORISE LE PERSONNEL DU CAMP DE JOUR DE CLERMONT À ACCOMPAGNER :**

\_\_\_\_\_  
(Nom de l'enfant)

**DANS LA PRISE DE SA MÉDICATION :**

\_\_\_\_\_  
(Nom du médicament)

ET CE JUSQU'À CE QUE LE CAMP DE JOUR SE TERMINE, SOIT LE 16 AOÛT 2019.

ET CE UNIQUEMENT DANS LA PÉRIODE DU \_\_\_\_\_.

**POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI (HEURE DE L'ADMINISTRATION, QUANTITÉ, ETC.)**

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

SIGNATURE DU PARENT : \_\_\_\_\_

SIGNATURE DU COORDONNATEUR : \_\_\_\_\_