

Formulaire de demande d'administration de médicaments

RENVOI : Service des parcs, des loisirs et de la culture – Politique 9.2.0 (administration de médicaments) et politique 8.5.0. (conditions d'inscription)

FAIRE REMPLIR PAR LE PARTICIPANT OU PAR UN DES PARENTS/LE TUTEUR LÉGAL DU PARTICIPANT.

Nom du participant : <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Date de naissance du participant <div style="text-align: center;"> / / </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> MM / JJ / AAAA </div>	Adresse du participant : <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>	Personne à contacter en cas d'urgence : <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Numéro de téléphone : <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Signature du participant/parent/tuteur : <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>			

Nom du médicament tel qu'indiqué sur l'étiquette	O = avec ordonnance SO = sans ordonnance	Date d'expiration du médicament	Date de la fin du traitement	Effets secondaires possibles (le cas échéant)	Horaire d'administration (heures auxquelles il faut l'administrer)	Posologie et voie d'administration	Instructions relatives à l'entreposage

Veillez inscrire ci-dessous toute instruction particulière relative à l'administration du médicament (p. ex., avec les repas ou avec beaucoup d'eau).