

ASSOCIATION HANDAMI POUR PERSONNES HANDICAPÉES ET LEUR FAMILLE

AUTORISATION DE PRISE D'UN MÉDICAMENT

Pour des raisons de sécurité, nous vous demandons de mentionner tout médicament qui doit être pris par l'enfant ou l'usager. Merci d'aviser la direction de l'Association Handami de toute modification concernant ces renseignements.

INFORMATION SUR L'ENFANT OU L'USAGER

Nom de l'enfant ou de l'usager :	
Date de naissance :	
Numéro d'assurance-maladie :	Date d'expiration :

PERSONNES-RESSOURCES

Nom et prénom du parent ou tuteur :	
Tél. (résidence) :	Tél. (travail, cellulaire) :

INFORMATION SUR LA MÉDICATION

Nom du médicament :	
Raison de la prise du médicament :	
Dose :	
Fréquence :	Heures :
Forme : capsule, pilule <input type="checkbox"/> liquide <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> spécifiez :	
Mon enfant prend son médicament : seul <input type="checkbox"/> avec de l'aide <input type="checkbox"/>	
Le médicament a besoin d'être réfrigéré : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Date du début de la prise du médicament :	Fin :
Le médicament sera remis à l'animateur : chaque jour <input type="checkbox"/> chaque semaine <input type="checkbox"/>	
Autres informations pertinentes :	

J'autorise mon enfant ou usager à prendre le médicament décrit ci-dessus en se conformant aux modalités prescrites.

Nom du parent/tuteur : _____

Signature du parent/tuteur : _____

Date : _____

Signature de la directrice; _____

Date; _____