

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;"> / </div> <div style="text-align: center;"> / </div> <div style="text-align: center;"> JJ / MM / 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 jj/mm/aaaa	Date de la fin du traitement jj/mm/aaaa	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).