



Camp de vacances - Autorisation médicaments et premiers secours

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

Allergies, maladies ou autres : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Médicament #1 : \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Médicament #2 : \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Médicament #3 : \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- J'autorise le personnel des Camps LÉGENDAIRES à administrer à mon enfant la médication ci-haut mentionnée, selon la posologie inscrite.*
  
- J'autorise le personnel des Camps LÉGENDAIRES formé à octroyer les soins nécessaires à mon enfant en cas d'accident. Ceux-ci doivent m'aviser immédiatement de la situation.*

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