



Formulaire de médicaments de Scouts Canada

Nom du/de la jeune : _____

Le groupe / la section : _____ L'aventure (p. ex., camp d'hiver) : _____ Les dates : _____

Le médicament #1 La posologie/les heures

Les indications (conserver au réfrigérateur, servir avec de la nourriture, etc.)

Le médicament #2 La posologie/les heures

Les indications (conserver au réfrigérateur, servir avec de la nourriture, etc.)

Le médicament #3 La posologie/les heures

Les indications (conserver au réfrigérateur, servir avec de la nourriture, etc.)

Le médicament #4 La posologie/les heures

Les indications (conserver au réfrigérateur, servir avec de la nourriture, etc.)

Je, _____, donne mon consentement à ce qu'un(e) animateur(trice) administre des médicaments à mon enfant en suivant les directives ci-dessus.

_____ La signature du parent

Journal des médicaments

(RDA) La règle des deux animateur(trice)s est applicable et le/la deuxième animateur(trice) est présent(e) pour confirmer le processus.

LA DATE	L'HEURE	LE(S) MÉDICAMENT(S) FOURNI(S)	ADMINISTRÉ PAR	SIGNATURE	RDA* INITIALE	DES NOTES

_____ Le médicament(s) retourné (O/N)

_____ La date

_____ La signature du parent

_____ La signature du/de l'animateur(trice)