

INFORMATIONS DU CAMPEUR	
Prénom / nom	
Âge	
Diagnostique	
Allergie	



REGISTRE DES MÉDICAMENTS					
Nom du médicament	Dosage (ex: 2x25mg)	Moment <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Midi <input type="checkbox"/> Souper <input type="checkbox"/> Coucher	Fréquence (ex : 2 fois par jour)	Durée (ex : 5 jrs)	Instructions spéciales (ex : en mangeant / av. déj)
		<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Midi <input type="checkbox"/> Souper <input type="checkbox"/> Coucher			
		<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Midi <input type="checkbox"/> Souper <input type="checkbox"/> Coucher			
		<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Midi <input type="checkbox"/> Souper <input type="checkbox"/> Coucher			
		<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Midi <input type="checkbox"/> Souper <input type="checkbox"/> Coucher			
		<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Midi <input type="checkbox"/> Souper <input type="checkbox"/> Coucher			

NOTES SUPPLÉMENTAIRES (FACULTATIF):

AUTORISATION DU PARENT

Je, soussigné.e, autorise le personnel d'Air-Eau-Bois à administrer les médicaments listés ci-dessus selon les instructions fournies.

Nom du tuteur légal : _____

Signature du tuteur : _____

Date : _____