



Coordonnées de l'enfant

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

() _____

No de téléphone (le jour) du titulaire de l'autorité parentale

Autorisation/ médicaments

Je, _____
(Titulaire de l'autorité parentale)

Responsable de _____
(Nom de l'enfant)

Autorise le club de gymnastique Gymnaska-Voltigeurs ou son (sa) représentant(e), lequel (laquelle) peut être un membre du personnel ou tous les intervenants auprès de mon enfant, se trouvant sur les lieux de l'activité à administrer les médicaments suivants :

| Médicament | Prescrit par | Dosage | Date et heure de l'administration | Raison |
|------------|--------------|--------|-----------------------------------|--------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Cette autorisation doit être accompagnée d'une copie de l'étiquette de la pharmacie.