



Formulaire d'autorisation pour l'administration d'un médicament Authorization form for the administration of medication

Valide pour une période de cinq jours seulement

Valid for a five day period only

Nom de l'enfant/*child's name:* _____

Nom du médicament*/*name of medication:* _____

Prescrit par (nom du médecin)/
prescribed by (name of physician): _____

Durée du traitement/*duration of treatment:* _____

Effets secondaires possibles/*possible side effects:* _____

Administration du/from _____ AAAA / MM / JJ au/to _____ AAAA / MM / JJ

Heure d'administration/*time of administration:* _____

Posologie/*dosage:* _____

* Aucun médicament non prescrit et/ou non identifié ne sera donné. Aucun médicament en vente libre ne sera administré. (ex. Advil, Tylenol, etc.)

* *Medication that is not prescribed or identified will not be given. No over the counter medication will be administered. (ex. Advil, Tylenol, etc.)*

Par la présente, je libère le Camp d'été d'Unigym Gatineau, ses employé(e)s et représentant(e)s de toute action en justice, perte, dommages ou blessures, effets secondaires, peut importe les circonstances, qui pourraient résulter de l'administration du médicament, tel que demandé dans le présent document. Je m'engage aussi à indemniser ledit Camp d'été d'Unigym Gatineau, ses employé(e)s ou représentant(e)s de toutes pertes ou dommages provenant de toute action ou poursuite judiciaire engagée contre eux par moi-même ou mon enfant, ou tout autre parent, tuteur ou tutrice de l'enfant susmentionné(e).

Je reconnaiss avoir lu et bien compris les conditions précisées ci-haut.

With this document, I hereby release the Unigym Gatineau Summer Camp, its employees and representatives of all actions in justice, loss, damages or injuries, side effects, regardless of the circumstances, that could result from the administration of the medication, as requested in this document. I also agree to indemnify said Unigym Gatineau Summer Camp, its employees or representatives of all losses or damages arising from any action or legal proceeding against them by myself or my child, or any other parent, tutor of the child mentioned above.

I have read and understood the conditions specified above.

Nom/name: _____ Signature: _____

Date: _____ Lien avec l'enfant/
relationship to child: _____