



**Zoo-Animation Estrie**  
3590 Chemin Rhéaume  
Sherbrooke, Qc, J1R 0A2  
819-620-7775

## FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

### INFORMATIONS GÉNÉRALES

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

Nom du parent : \_\_\_\_\_

No assurance maladie : \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_\_

### INFORMATIONS SUR LA MÉDICATION

Nom du médicament : \_\_\_\_\_

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

Effets secondaires (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

Notes : \_\_\_\_\_

Date de début de l'autorisation : \_\_\_\_\_ / date de fin \_\_\_\_\_

En signant ce document, j'autorise le personnel du camp de jour de Zoo-Animation Estrie à administrer le médicament indiqué ci-dessus, selon la posologie requise. Je dégage ainsi Zoo-Animation Estrie et ses employés de toute responsabilité en lien avec l'administration du dit médicament.

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