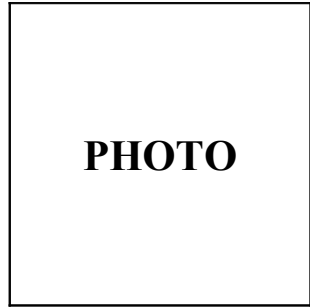




FICHE SANTÉ DE SORTIE



Nom (s) :	
Prénom (s) :	
Numéro d'urgence : ()	
Personne à contacter :	
Lien :	



Numéro RAMQ :		Expiration :	
---------------	--	--------------	--

PROBLÈMES NÉCESSITANT ATTENTION !!!	

ALLERGIES ET RÉACTIONS :	ÉPIPEN :

MÉDICATION :	POSOLOGIE :

J'autorise, par la présente, l'autorité responsable, à administrer en cas de fièvre (plus de 38.5 °C) ou de maux de tête, et selon la posologie régulière (1 co. q 4 h) du :

Tyléno ^l pour Adultes	Tyléno ^l pour Enfants	Aucun
----------------------------------	----------------------------------	-------

Je consens, par la présente, à ce que mon enfant reçoive des soins médicaux d'urgence si, cela est jugé nécessaire.

OUI	NON
-----	-----

Signature du Parent : _____ Date : _____

* Ce formulaire est valide pour une durée de un (1) an après sa signature ci-dessus. En cas de changements dans les conditions médicales, nous en aviser le plus tôt possible.