



## Décharge de Responsabilité pour l'Administration de Médicaments sans Ordonnance \*

Je soussigné(e), ....., autorise par la présente l'équipe encadrante du Domaine equestre de Chevillon à administrer les médicaments suivants à mon enfant, ....., né(e) le ..... :

**Nom des Médicaments et posologie :**

Je comprends et j'accepte que l'équipe encadrante de la colonie de vacances fera tout son possible pour administrer les médicaments conformément aux instructions fournies. Je m'engage à fournir des informations précises et à jour concernant la médication de mon enfant. Je reconnais que l'équipe encadrante n'est pas composée de professionnels de santé et ne peut en aucun cas se substituer à l'avis ou aux recommandations d'un médecin.

Je décharge par la présente l'équipe encadrante de la colonie de vacances, ainsi que toute personne agissant sous leur autorité, de toute responsabilité en cas d'effets secondaires ou d'autres problèmes liés à l'administration des médicaments susmentionnés.

Je certifie que les informations fournies concernant le médicament sont complètes et exactes. Je m'engage à informer immédiatement l'équipe encadrante en cas de changement dans la prescription ou l'état de santé de mon enfant.

En signant cette décharge, je reconnais avoir été pleinement informé(e) des risques et des avantages liés à l'administration des médicaments sans ordonnance à mon enfant.



Fait le .....  
Signature du Parent/Tuteur Légal :

\* Cette décharge concerne UNIQUEMENT les traitements pouvant être achetés sans ordonnance médicale. Pour tous les traitements avec ordonnance, celle-ci reste OBLIGATOIRE.