

Nom du cadet : \_\_\_\_\_ Section : \_\_\_\_\_

**Les cadets devront avoir cette feuille en leur possession, dûment remplie, LORS DU DÉPART, LE VENDREDI SOIR.**

**Autorisation et limitations/médications**

Les cadets(tes) devront avoir en leur possession toute la médication prescrite. De plus, ils devront remettre cette note comprenant les restrictions fonctionnelles qui peuvent l'empêcher de prendre part à des exercices exténuants et difficiles physiquement.

Mon enfant n'a aucune limitation

Mon enfant ne peut faire... \_\_\_\_\_ (spécifiez svp)

---

Mon enfant ne prend aucune médication

Mon enfant doit prendre des médicaments

MÉDICAMENT	DÉJEUNER	DINER	SOUPER	COUCHER

De plus, il (elle) est allergique à certains médicaments. (Précisez)

\_\_\_\_\_

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

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Téléphone durant la fin de semaine : \_\_\_\_\_

**MÉDICAMENTS SUR PRESCRIPTION SEULEMENT  
CARTE D'ASSURANCE-MALADIE OBLIGATOIRE**