AUTORISATION D'ADMINISTRER DES MÉDICAMENTS À L'ÉCOLE PAR LE PERSONNEL SCOLAIRE

Nom de l'enfant : _____

Adresse : _____

Date de naissance :	Année /	Mois /	Jour /

Nom du père : _____ Téléphone maison _____

Téléphone bureau _____

Nom de la mère : _____ Téléphone maison _____

Téléphone bureau _____

À REMPLIR PAR LE PARENT

- Description du problème de santé de l'enfant :

  _____

  _____

- J'autorise l'école à administrer à mon enfant : _____
  Nom de l'enfant

  Le médicament suivant :

  Nom du médicament : _____

  Médecin : _____

  Dosage : _____ Heure : _____

  Date : du _____ au : _____

- Si le médicament doit être administré au besoin, décrire dans quelles circonstances l'école doit l'administrer (ex : comportement, signes, symptômes de l'enfant) :

  _____

  _____

- Je connais les effets possibles dudit médicament et je dégage l'école : _____ et la commission scolaire de toute responsabilité suite aux conséquences qui pourraient résulter de l'administration dudit médicament à mon enfant.

Date : _____ **Signature du parent : _____**

Signature de la direction : _____

**NOTE AUX PERSONNELS RESPONSABLES : toujours remplir la fiche de contrôle à l'endos.

COPIE AUX : Parents, direction, personnel responsable

Nom de l'enfant : _____