

ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

IDENTIFICATION

Nom de l'enfant:	Date de naissance:
Nom et prénom de la mère:	Classe:
Nom et prénom du père:	Enseignante:

MÉDICATION À ADMINISTRER

Prescription (copie de la prescription médicale obligatoire):	
À compter du:	Jusqu'au:
Heure d'administration:	Quantité:
Personne(s) responsable(s) de l'administration:	

AUTORISATION PARENTALE

J'autorise le personnel de l'école à administrer la médication prescrite pour mon enfant _____, selon les conditions énumérées ci-dessus.

Je m'engage à aviser PAR ÉCRIT tout changement de médication en cours d'année et à remplir un nouveau formulaire spécifiant les nouvelles modalités d'administration s'il y a lieu.

Signature du parent

Date

RESPONSABILITÉ DE L'ÉCOLE

Le personnel responsable de l'école accepte d'administrer le médicament mentionné plus haut. Le contenant sera rangé dans un endroit hors de la portée des enfants.

Signature de l'enseignant ou responsable

Date