



## 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

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Prescription (copie de la prescription médicale obligatoire):</b> |           |
| 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.

## 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