

FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS PRESCRITS

Votre enfant doit recevoir un médicament pendant sa présence à l'école. Nous vous demandons de compléter ce formulaire d'autorisation et nous le faire parvenir dans les plus brefs délais.

AUTORISATION :

Nom et prénom de l'enfant : _____ Groupe repère : _____

Nom de la mère : _____ Nom du père : _____

Téléphone résidence : _____ Téléphone au travail : _____

Par la présente, j'autorise un membre du personnel, délégué par l'école à donner le médicament, tel que prescrit par le médecin pour le problème de santé suivant :

MÉDICATION :

Nom du médicament : _____

Dosage : _____ Heure : _____ Mode d'administration : _____

Durée du traitement : _____

Effets secondaires prévisibles : _____

Mode de conservation du médicament selon les indications du pharmacien : _____

Date de péremption : _____

Autre information pertinente : _____

Où sera sa médication : _____

Nom du médicament : _____

Dosage : _____ Heure : _____ Mode d'administration : _____

Durée du traitement : _____

Effets secondaires prévisibles : _____

Mode de conservation du médicament selon les indications du pharmacien : _____

Date de péremption : _____

Autre information pertinente : _____

Où sera sa médication : _____

Le parent reconnaît que la Commission scolaire ou ses représentants acceptent d'administrer des médicaments à mon enfant seulement par souci de commodité, ceux-ci ne possèdent ni expertise ni les connaissances professionnelles sur ce qui précède. Les parents dégagent l'école et la Commission scolaire de toute responsabilité quelle qu'elle soit résultant de l'administration de médicaments.

Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale

Date

(VOIR VERSO)

