

DEMANDE D'ADMINISTRATION D'UN MÉDICAMENT À L'ÉCOLE

École : _____ Année scolaire : _____ Groupe : _____

Nom de l'élève : _____ Prénom : _____

Nom de la mère : _____ Nom du père : _____

Adresse postale : _____ Ville : _____

Téléphone (résidence) : _____ Téléphone (travail) : _____

AUTORISATION

Par la présente, j'autorise un membre du personnel (professeur, secrétaire, infirmière ou autre) délégué par la direction de l'école à donner le médicament : _____

nom du médicament

tel que prescrit par le médecin _____ pour le problème de santé suivant :
nom du médecin

MÉDICATION

Nom du médicament : _____

Posologie (quantité) : _____

Moment d'administration (exemple : repas) _____

Durée du traitement : _____

Effets secondaires prévisibles, applicables à votre enfant (s'il y a lieu) : _____

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

Date d'expiration du médicament (s'il y a lieu) : _____

Date

Signature du titulaire de l'autorité parentale

CONDITION REQUISE :

Si ce n'est pas le contenant original de la pharmacie, avec le nom de l'élève, le nom du médicament et le dosage, demandez au pharmacien de vous fournir une étiquette supplémentaire pour l'école.