

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

Nom de l'enfant : _____	DDN : _____ / _____ / _____
École : _____	Classe : _____

Je soussigné(e) _____ en ma qualité de
Nom _____ prénom _____

Personne autorisée _____ autorise la direction de l'école _____ ou _____

son représentant, à administrer à mon enfant le ou les médicaments suivant(s),

MÉDICAMENTS	DOSAGE	HEURE D'ADMINISTRATION

Selon la politique de la Commission scolaire des Draveurs, toute médication doit être identifiée par un code de prescription médicale et les renseignements suivants doivent apparaître sur le contenant :

- ✓ Nom de la personne
- ✓ Nom du médicament
- ✓ Dosage
- ✓ Voie d'administration
- ✓ Heure d'administration

Cette autorisation est valable pour l'année scolaire _____

Signature de la personne autorisée

Date