

Formulaire d'autorisation pour l'administration de médicaments

Je demande au personnel de l'école la Chaumière de superviser la distribution du médicament prescrit par un médecin à mon enfant. Le dosage du médicament doit être préparé par le parent et accompagné de la prescription.

Nom de l'élève : _____

Nom du médicament : _____

Diagnostic : _____

Effets secondaires : _____

Période du : _____ au _____

Fréquence et heure : _____

Signature du parent : _____

Inscription des médicaments distribués.

Date, heure et initiales de la personne qui a supervisé l'élève lors de la prise de la médication.

Date : _____ Heure : _____ Initiale : _____

Date : _____ Heure : _____ Initiale : _____

Date : _____ Heure : _____ Initiale : _____

Date : _____ Heure : _____ Initiale : _____

Hélène Lafrance
Service de garde