

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

Nom de l'enfant : _____	DDN : ____ / ____ / ____
École : <u>du Vallon</u>	Classe : _____

Je, soussigné(e) _____ (nom et prénom) en ma qualité de
_____ (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