

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

_____ autorise la direction de l'école du Vallon ou la personne
autorisée

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

MÉDICAMENTS	DOSAGE	HEURE D'ADMINISTRATION

Selon la politique du centre de services 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

