

## 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 \_\_\_\_\_ ou  
personne autorisée

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