



DEMANDE ET AUTORISATION DE L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

Nom de l'élève	Date de naissance de l'élève
École	Niveau
Je, _____ certifie avoir reçu un ou des médicaments concernant l'enfant susmentionné. Je demande qu'on administre le médicament durant les heures de classe.	

Mode d'administration du médicament (fréquence, durée, méthode, genre, etc.)		
Nom du médicament :	Raison :	Posologie :
Durée :	Mode d'administration : <input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> avec solide <input type="checkbox"/> avec liquide <input type="checkbox"/> autre	
Effets secondaires possibles :	Entreposage : <input type="checkbox"/> température de la pièce <input type="checkbox"/> réfrigéré	
Nom du médecin :	Tél. :	

Autorisation du parent			
Par la présente, je renonce à tout droit de réclamation contre la direction d'école ou la personne désignée et le Conseil scolaire de district catholique des Aurores boréales pour tout dommage qui pourrait résulter de l'administration des médicaments susmentionnés selon les modalités précisées à la politique « Administration de médicaments ».			
Signature du parent	Date	Tél. (domicile)	(bureau)
Signature du témoin	Date		

Approbation de la direction d'école	
Commentaires :	
Signature de la direction d'école	Date