Centre de santé et de services sociaux
de Gatineau

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**

G :\EJF\secrétaire 6-12ans\scolaire\autorisation-médicament\2013-08-16