



Formulaire d'autorisation pour administrer un médicament à un élève

A. Partie à compléter par les parents/ tuteurs

Nom de l'élève : _____ École : _____
Date de naissance : _____
Adresse : _____
Nom des parents/tuteurs : _____
Téléphone : _____ (Domicile) _____ (travail)
Autre personne à contacter en cas d'urgence : _____
Téléphone : _____
Médecin de famille : _____ Tél : _____

B. Partie à compléter par le médecin/ praticien.

Raisons ou circonstances dans laquelle la prise de médicament est nécessaire.

__ Nom du médicament :

Dose prescrite : _____

Précautions d'emploi : _____

Informations supplémentaires (Ex : réactions possible ou contre-indications) :

—

Date

Nom (lettres moulées)

Signature du médecin/ praticien

C. Partie à compléter par le parent/tuteur

J'autorise le personnel de l'école à donner ou assister mon enfant _____ dans la prise du médicament prescrit ci-dessus.

En cas de prise quotidienne, il est de ma responsabilité de fournir à l'école la dose recommandée et/ou le médicament nécessaire.

Nom

Signature du parent/ tuteur

Date

D. Vérification et commentaires de l'infirmière attitrée à l'école.

—

Date du rapport initial

Signature de l'infirmière

Note : Ce formulaire est valide pour une période d'un an et doit être complété chaque année.



Request for administration of medication at school

A. This section to be completed by parent or guardian.

Pupil's Name: _____ School : _____

Birthdate : _____ Address : _____

Parent/Guardian : _____ Phone (H): _____

Phone (W): _____

Other person to contact in emergency : _____

Phone: _____

Family Doctor: _____ Phone: _____

B. This section to be completed by prescribing physician. Condition(s) which make medication necessary.

Medication required : _____

Dose: _____

Directions for use: _____

Any additional comments, eg: re possible reactions: _____

Date

Signature of Physician

C. This section to be completed by parent or guardian .

I request the school staff to give medication as prescribed on this form to my child

 If this medication is for daily use, I agree to supply the medication to the school in _____ unit doses.

Name

Signature of parent/Guardian

Date

D. To be completed by Public Health Nurse after completed form is returned to the school.

Date of Initial Review

Signature of Public health Nurse

Note: This form is valid for one year only and must be completed each year.