ECOLE SAINT-FRANCOIS-D'ASSISE

AUTORISATION D'ADMINISTRER UN MÉDICAMENT

Nom de l'élève : _____

Prénom de l'élève : _____

Date de naissance : _____

Groupe-repère : _____

Nous autorisons tous les intervenants scolaires à donner le médicament prescrit suivant :

_____
Nom du médicament

Raison de cette médication : _____

Prescrit par : _____ _____
Nom du médecin Téléphone

Posologie (dose et fréquence) : _____

Voie de distribution :
- ☐ Par inhalation
- ☐ Par la voie orale
- ☐ Par la peau

Durée de l'autorisation : Du : _____ au _____ .
jour/mois/année jour/mois/année

Le médicament doit-il est être réfrigéré ? ☐ OUI ☐ NON

_____ _____
Signature du parent/titulaire de l'autorité parentale Date

N.B. :
1. La médication doit être dans le contenant original de la pharmacie avec l'étiquette de prescription.
2. Aucun médicament ne peut être administré sans votre autorisation écrite.
3. Prévenir l'école de tout changement dans la prescription.

ECOLE SAINT-FRANCOIS-D'ASSISE

Nom de l'élève : _____

Prénom de l'élève : _____

Date de naissance : _____

Groupe-repère : _____

RÉGISTRE DE MÉDICAMENTS

Nom du médicament : _____

Posologie (dose et fréquence) : _____

Date	Heure	Dose	Signature