

Administration d'un médicament par les intervenants de l'école

Autorisation parentale

Année scolaire 2012-2013

Nom et prénom de l'élève : _____ Groupe : _____

Code permanent : _____

Assurance maladie : _____

J'autorise les membres du personnel de l'école à administrer le médicament suivant à mon enfant.

Nom du médicament : _____

Posologie : _____

Prescrit par le docteur : _____ Tel. : _____

*** Il est obligatoire et nécessaire d'avoir une copie de la prescription.**

Effets secondaires du médicament : _____

Signature d'un parent ou tuteur

Date

Caroline Waszczuk
Directrice

Date