



FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

J'autorise le personnel de l'école à donner le médicament nommé ci-dessous à mon enfant. Voici les informations nécessaires pour le faire de façon sécuritaire :

Nom de l'enfant : _____

Période du : _____ au _____

Nom du médicament : _____

Dose : _____

Fréquence et heure : _____

Signature du parent ou du
titulaire de l'autorité parentale : _____