

## **Autorisation d'administration d'un médicament**

Je, soussigné-e (nom du parent) \_\_\_\_\_ en ma  
qualité de (mère/père/tuteur légal) \_\_\_\_\_ autorise le service de garde ou  
son représentant à administrer à mon enfant le ou les médicaments suivants.

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Groupe : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom du médicament	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

**Les médicaments dans les contenants qui ne sont pas identifiés selon la politique  
seront refusés.**

Cette autorisation est valable pour l'année scolaire \_\_\_\_\_

Signature du parent : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_