

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 : _____