

Autorisation d'administration d'un médicament à l'école

Nom de l'enfant : _____

Groupe : _____

*Par la présente, j'autorise la direction de l'école ou son représentant
(enseignant, personnel du service de garde) à administrer le ou les médicaments suivants :*

Médicament	Posologie (quantité prescrite)	Heure où le médicament doit être donné	Effets secondaire (si connu)

Médicament à conserver au réfrigérateur : OUI NON

Durée du traitement : Début : _____
fin : _____

Prescrits par le médecin : _____

Mon enfant souffre présentement de : _____

Signature du parent : _____ Date : _____

Pompe pour enfants asthmatiques

Mon enfant est asthmatique; il a une pompe avec lui qu'il peut utiliser lui-même en cas de crise ou pour prévenir la crise.

Nom de l'enfant : _____ Groupe : _____

Signature du parent : _____ Date : _____

Médicament	Posologie	Effets secondaires

Fiche d'administration du médicament par le personnel

Date	Heure	Nom du médicament	Dosage	Signature du responsable