



## École Rose-des-Vents

4315 rue Beaubien Est, Montréal (Québec), H1T 1S8  
Téléphone : (514) 596-6900 - Télécopieur : (514) 596-6901 - Service de garde : (514) 596-6915

### Autorisation d'administrer un médicament

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

Aucun médicament ne peut être donné à un enfant sans être accompagné d'une autorisation médicale écrite. Les renseignements inscrits par le pharmacien sur l'étiquette identifiant le médicament satisfont cette condition. Il faut donc fournir le contenant original identifié au nom de l'enfant. L'administration de tels médicaments ne devrait comporter aucune obligation pour l'enseignant de poser un diagnostic ou de rédiger des observations ou un rapport.

Je demande au personnel de l'école d'administrer à mon enfant, selon la posologie indiquée, le médicament suivant :

Nom du médicament : \_\_\_\_\_

Dose : \_\_\_\_\_

Fréquence : \_\_\_\_\_ (nombre de fois par jour)

Moments (précisez les heures) : \_\_\_ h \_\_\_ - \_\_\_ h \_\_\_ - \_\_\_ h \_\_\_ - \_\_\_ h \_\_\_ - \_\_\_ h \_\_\_

Si ce n'est pas à des moments fixes, précisez : \_\_\_\_\_

Pour la période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

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

Signature d'un membre du personnel : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Date, heure et initiales de la personne qui administre le médicament à l'enfant :

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_ h \_\_\_ Initiales : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_ h \_\_\_ Initiales : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_ h \_\_\_ Initiales : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_ h \_\_\_ Initiales : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_ h \_\_\_ Initiales : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_ h \_\_\_ Initiales : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_ h \_\_\_ Initiales : \_\_\_\_\_