

Nom de l'école :

Autorisation d'administration d'un médicament

Je, soussigné(e) (nom du parent) _____ en ma qualité
de (mère ou père) _____ 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 du Centre de services 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

Cette autorisation est valable jusqu'au (date) : _____

Signature du parent : _____

Date : _____