



ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS ET DE SOINS AUX ÉLÈVES

(FORMULAIRE À REMPLIR ET À RETOURNER À L'ÉCOLE LE PLUS TÔT POSSIBLE)

Nom de l'élève : _____

École : _____ Classe : _____



ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

Nom du ou des médicaments : _____

Dose à être administrée : _____

Moment de l'administration du ou des médicaments : _____

Autres instructions, s'il y a lieu : _____



ADMINISTRATION DE SOINS

Nature des soins : _____

Circonstances dans lesquelles les soins doivent être administrés : _____

Autres instructions, s'il y a lieu : _____

Je déclare que les médicaments ou les soins ont été prescrits par le médecin (s'il y a lieu) et que celui-ci n'a pas d'objection à ce qu'ils soient administrés en milieu scolaire.

Je m'engage à communiquer tout changement par écrit.

Signature de la personne répondante légalement pour l'élève

Date