



# Formulaire d'autorisation pour l'administration de médicaments prescrits

Le parent doit remplir et signer ce formulaire  
Ce formulaire doit demeurer confidentiel

Date de la demande : \_\_\_\_\_

Prénom et nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Je \_\_\_\_\_ (prénom et nom du parent en majuscule) autorise le personnel du service de garde de l'école St-Michel à administrer le médicament suivant à mon enfant selon les renseignements indiqués ci-dessous.

Renseignements (conformément à la prescription médicale (les renseignements inscrits par le pharmacien sur l'étiquette du médicament font foi de l'autorisation du médecin.))

Durée de l'autorisation : \_\_\_\_\_

Nom du médicament : \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_

Mode de conservation : \_\_\_\_\_

Effets secondaires possibles (si indiqué sur l'étiquette) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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