



**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 : \_\_\_\_ St-Jacques \_\_\_\_\_ Classe :

**Administration de médicaments**

Nom du ou des médicaments : \_\_\_\_\_

Dose à être administrée : \_\_\_\_\_

Moment de l'administration du ou des médicaments : \_\_\_\_\_

Le médicament est dans un pilulier (dosette scellée)                      oui                            non     

Autres instructions, s'il y a lieu : \_\_\_\_\_

**Administration de médicaments**

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 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