

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 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 répondant légalement pour l'élève

date