



Administration de médicaments et soins aux élèves

(Formulaire à remplir et à retourner à l'école le plus tôt possible)

Prénom de l'élève : _____

Nom de l'élève : _____

Est-ce que votre enfant fréquente le service de garde ?
(Matin, midi, soir ou journée pédagogique) OUI NON

École : _____ Groupe : _____

Administration de médicaments

Nom du ou des médicaments : _____

Dose à être administrée : _____

Moment de l'administration du ou des médicaments : _____

Est-ce que la médication peut rester à l'école jusqu'en juin :

Oui Non, je dois la récupérer chaque soir

Pour les élèves qui prennent une médication tous les jours, le médicament doit être dans le contenant de pharmacie, identifiée au nom de l'enfant et incluant la posologie provenant de la pharmacie pour des raisons de sécurité.

1^{er} numéro de téléphone à contacter en cas de besoin : _____

(À remplir uniquement s'il y a une plaie)

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 du parent

Date