

## AUTORISATION D'ADMINISTRATION D'UN MÉDICAMENT À L'ÉCOLE

Je, \_\_\_\_\_, parent ou tuteur  
de \_\_\_\_\_, né le \_\_\_\_\_

Autorise le personnel de l'école de l'Horizon-Soleil et du CISSS des Laurentides, pointe de service de  
Saint-Jérôme

### À ADMINISTRER

- le médicament suivant : \_\_\_\_\_  
Nom du médicament, dosage sur contenant, heure
- le médicament suivant : \_\_\_\_\_  
Nom du médicament, dosage sur contenant, heure

*Cette autorisation est valide à moins d'avis contraire.*

**NOTE : Le profil pharmaceutique de chaque élève doit nous être acheminé afin de valider chaque médicament.**

Pharmacie : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature de l'autorité parentale

\_\_\_\_\_  
Signature de l'infirmière

Date \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

**IMPORTANT : Cette autorisation doit être complétée à chaque fois que l'enfant a un nouveau médicament ou une nouvelle posologie.**

Lu et approuvé par Nancy Martin, CISSS des Laurentides  
et Nicole Leblanc, directrice de l'école de l'Horizon-Soleil