

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