

FORMULAIRE A

(English on reverse side)



Autorisation et demande pour l'administration de médicaments prescrits

Nom de l'élève : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____ N° de tél. : _____

École : _____ Année d'étude : _____ Enseignant(e) : _____

Déclaration du médecin

1. Nom ou type de médicament _____
2. Posologie _____
3. Fréquence (heures où le médicament doit être administré) _____
4. Durée (pendant une semaine, un mois ou période continue). (Il faut jeter tous les médicaments non réclamés à la fin de l'année scolaire. Chaque autorisation doit être renouvelée au mois de septembre de chaque année.)

5. Réactions possibles au médicament (symptômes, effets secondaires, symptômes de toxicité).

6. Mesures à prendre en cas de danger ou de réaction négative.

7. Description du médicament (pilule, liquide, couleur, etc.).

8. a) Quantité maximale du médicament à conserver à l'école :

b) Durée maximale de l'entreposage (date d'expiration) :

9. Renseignements supplémentaires, si nécessaires, sur l'entreposage ou l'administration de ce médicament (autres médicaments non prescrits ou aliments contre-indiqués).

Signature du médecin

Adresse

N° de tél.

Date