LE PETIT BONHEUR
Service de garde
École
Félix-Leclerc

FORMULAIRE D'AUTORISATION

POUR L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENT PRESCRIT

Votre enfant doit recevoir un médicament pendant sa présence à l'école. Nous vous demandons de compléter ce formulaire d'autorisation et nous le faire parvenir dans les plus brefs délais.

AUTORISATION

Nom et prénom de l'enfant : _____ Groupe repère : _____

Nom de la mère : _____ Nom du père :_____

Téléphone résidence : _____

Téléphone au travail : _____Cellulaire : _____

Par la présente, j'autorise un membre du personnel, délégué par l'école, à donner le médicament, tel que prescrit par le médecin pour le problème de santé suivant :

_____

MÉDICATION

Nom du médicament : _____

Dosage : _____Heure : _____

Mode d'administration : _____

Durée du traitement : _____

Effets secondaires prévisibles : _____

Mode de conservation du médicament selon les indications du pharmacien : _____

Date de péremption : _____

Autre information pertinente : _____

À quel endroit sera la médication : _____

Le parent reconnaît que le Centre de services scolaire des Grandes-Seigneuries (CSSDGS) ou ses représentants acceptent d'administrer des médicaments à son enfant seulement par souci de commodité. Ceux-ci ne possèdent ni l'expertise ni les connaissances professionnelles sur ce qui précède. Les parents dégagent le service de garde, l'école Félix-Leclerc et le Centre de services scolaire des Grandes-Seigneuries de toute responsabilité, quelle qu'elle soit, résultant de l'administration de ce médicament.

_____ _____

Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale Date
c.c. Infirmière de l'école