



### Autorisation d'administration d'un médicament

Je, soussigné(e) (nom du parent) \_\_\_\_\_ en ma qualité de (mère ou père) \_\_\_\_\_ autorise le service de garde ou son représentant à administrer à mon enfant le ou les médicaments suivants.

**Nom de l'enfant :** \_\_\_\_\_

**Groupe :** \_\_\_\_\_ **Date de naissance :** \_\_\_\_\_

<b>Nom du médicament</b>	<b>Dosage</b>	<b>Heure d'administration</b>

Selon la politique du Centre de services scolaire des Draveurs, toute médication doit être identifiée par un code de prescription médicale et les renseignements suivants doivent apparaître sur le contenant :

- nom de la personne
- nom du médicament
- dosage
- voie d'administration
- heure d'administration

Cette autorisation est valable jusqu'au (date) : \_\_\_\_\_

Signature du parent : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_