



École du Nouveau-Monde

RESPECT - ENGAGEMENT - SENTIMENT D'APPARTENANCE

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

Nom de l'enfant : _____ DDN : _____

École : _____ Groupe : _____

Je, soussigné (e) _____ autorise la direction
de l'école du Nouveau-Monde ou son représentant, à administrer à mon enfant le ou
les médicaments suivant(s),

MÉDICAMENTS	DOSAGE	HEURE D'ADMINISTRATION

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

- Non de la personne;
- Nom du médicament;
- Dosage;
- Voie d'administration;
- Heure d'administration.

Cette autorisation est valable pour l'année scolaire _____.

Signature de la personne autorisée

Date