AUTORISATION D'ADMINISTRER UN MÉDICAMENT

4-15

ÉCOLE SAINT-LÉON-DE-WESTMOUNT

Date : _____

Semaine du : _____

Je demande au personnel de l'école d'administrer le médicament suivant à mon enfant, selon la posologie indiquée.

Nom de l'enfant : _____Classe : _____

Période du _____ au _____

Nom du médicament : _____

Dose : _____

Fréquence et heure : _____

Signature du parent : _____

Date, heure et initiales de la personne qui administre le médicament à l'enfant.

Date : _____	Heure : _____	Initiales : _____
Date : _____	Heure : _____	Initiales : _____
Date : _____	Heure : _____	Initiales : _____
Date : _____	Heure : _____	Initiales : _____
Date : _____	Heure : _____	Initiales : _____
Date : _____	Heure : _____	Initiales : _____
Date : _____	Heure : _____	Initiales : _____
Date : _____	Heure : _____	Initiales : _____
Date : _____	Heure : _____	Initiales : _____
Date : _____	Heure : _____	Initiales : _____
Date : _____	Heure : _____	Initiales : _____
Date : _____	Heure : _____	Initiales : _____