

**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