



AUTORISATION DES PARENTS POUR DISPENSER DES MÉDICAMENTS DE FAÇON TEMPORAIRE (MAX. 2 SEMAINES)

Monsieur/Madame,

Avant que l'école ne prenne la responsabilité de dispenser des médicaments à votre enfant, nous avons besoin de votre autorisation écrite. Veuillez svp compléter ce formulaire et le retourner au bureau de l'école. Aucun médicament ne sera dispensé sans ce formulaire dûment complété. **À noter que si le médicament est en forme liquide vous devez fournir un outil de mesure qui démontre l'unité de mesure à utiliser (ex: 5 ml)**

Nous vous remercions de votre collaboration.

La direction

Je _____ soussigné.e donne par la présente, l'autorisation pour mon enfant _____ de recevoir les médicaments tel que indiqués plus bas. Ils seront dispensés par la direction ou son/sa délégué.e.

Directives pour dispenser (l'heure, la dose, la durée, garder au réfrigérateur etc.):

date

Signature d'un parent