

Autorisation prise de médication

Service de garde Les haricots magiques

Année scolaire : 20__-20__

Important : Nous ne pourrons administrer aucune médication non identifiée et non prescrite.

Je _____ (parent, répondant), autorise le service de garde de l'école Ste-Cécile à donner à _____ (enfant) ce médicament _____ (nom du médicament) selon la prescription médicale.

Posologie : _____

Heure : _____

Veillez noter s'il y a des effets secondaires à ce médicament :

Cette autorisation est valide du _____ au _____.

Je dégage le service de garde de l'école Sainte-Cécile de toute responsabilité pouvant découler de l'administration de ce médicament ou de tous effets secondaires résultant de l'administration de celui-ci.

(signature du parent ou du répondant)

(date)

(signature responsable du service de garde)

(date)

Calendrier des médicaments administrés

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

Date : _____ heure : _____ initiale : _____

Date : _____ heure : _____ initiale : _____

Date : _____ heure : _____ initiale : _____