



Service de garde Les amis énergiques
École Sacré-Coeur



AUTORISATION POUR PRISE DE MÉDICAMENTS

IMPORTANT :
ADMINISTRÉE.

AUCUNE MÉDICATION NON IDENTIFIÉE NE SERA

Je _____ soussigné (e), autorise le service de garde de l'école Sacré-Coeur à donner à mon enfant _____ le médicament suivant _____ selon la méthode prescrite.

Posologie : _____ Heure : _____

Veuillez noter s'il y a des effets secondaires suite à la prise de ce médicament.

Cette autorisation est valide du _____ au _____

Je dégage le service de garde Les amis énergiques de l'école Sacré-Coeur de toute responsabilité pouvant découler de l'administration de ce médicament ou de tout effet secondaire ou résultat dû à l'administration de celui-ci.

Signature du parent répondant

Date

Signature de la responsable du service de garde

Date