



6310, avenue Somerled
Montréal (Québec) H3X 2B8
Téléphone : 514 596-6831 poste 4689
Télécopieur : 514 596-5610

Annexe 1

FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

École : MARC-FAVREAU

Semaine du _____

Je demande au personnel du service de garde d'administrer le médicament suivant à mon enfant, selon la posologie indiquée :

Nom de l'enfant : _____

Période du _____ au _____

Nom du médicament : _____

Dose : _____

Fréquence et heure : _____

Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale : _____

Inscription des médicaments administrés : _____

Dates, heures et initiales de la personne qui administre le médicament à l'enfant.

Date : _____ Heure : _____ Initiales : _____

Date : _____ Heure : _____ Initiales : _____

Date : _____ Heure : _____ Initiales : _____

Date : _____ Heure : _____ Initiales : _____