

AUTORISATION PARENTALE POUR L'ADMINISTRATION D'UN MÉDICAMENT

En cas de traitement médical prescrit par le médecin à poursuivre sur le temps scolaire, il est impératif d'en informer l'infirmière et l'enseignant de la classe.

Les médicaments **devront être remis à l'infirmière** qui administrera les médicaments, ces derniers devront être dans leur emballage d'origine et clairement étiquetés avec le nom de l'enfant, la posologie prescrite et la date d'expiration. Les médicaments seront administrés uniquement après réception de l'autorisation écrite portant la signature d'un responsable légal (parent/tuteur).

Veillez noter qu'aucun autre médicament ne sera administré s'il n'a pas été prescrit par un médecin.

*Vous trouverez ces formulaires à l'accueil principal de l'école, de la Preschool et de l'infirmierie.

Nom de L'enfant _____

Classe _____

Date _____

Nom du médicament _____

Motif de l'administration _____

L'heure de l'administration _____

Nom des parents _____

Signature des parents _____

***A remplir par l'infirmière :**

Médicament/dose	Date	Heure	Signature de l'administrateur et témoin

PARENTAL AUTHORISATION TO ADMINISTER MEDICATION

In case that your child has a prescribed medical treatment to follow during the school hours you must inform the school nurse and the class teacher.

The medication **should be remitted to the nurse** who will administer it to the student. Any medication should be handed in its original packaging and should be clearly labeled with the name of the child, the required dose and the expiration date.

The medication will only be administered after having received written and signed authorisation from the legal guardian of the child (parent/guardian).

Please note that any other medication that has not been prescribed by a doctor will not be administered.

*You will find these forms at the Main School Reception, Preschool Reception and sickbay.

Child 's full name: _____

Class: _____

Date: _____

Name of medication: _____

Reason for administration: _____

Time of administration: _____

Parent/guardian name: _____

Parent/guardian signature: _____

***To be filled in by the nurse:**

Name and dosage of medication	Date	Time	Name/signature of administrator and witness