



**Conseil scolaire francophone de la Colombie-Britannique (CSF)**  
**(Francophone Education Authority)**  
**SECTEUR DES RESSOURCES HUMAINES**  
180-10200 Shellbridge Way, Richmond (C.-B.) V6X 2W7  
Téléphone : 604.214.2621 / Télécopieur : 604.214.4474  
Sans frais : 1.888.715.2200, poste 2621

## **AUTORISATION POUR ADMINISTRER UN MÉDICAMENT À UN ÉLÈVE**

### **A. Partie à compléter par les parents / tuteurs.**

Nom de l'élève : \_\_\_\_\_ École : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Nom des parents/tuteurs : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ (Domicile) \_\_\_\_\_ (Travail)  
Autre personne à contacter en cas d'urgence : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_

### **B. Partie à compléter par le médecin / praticien.**

Nom du médecin : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_  
Raisons ou circonstances requérant la prise de médicament : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom du médicament : \_\_\_\_\_  
Dose prescrite : \_\_\_\_\_ Date d'expiration du médicament : \_\_\_\_\_  
Précautions d'emploi : \_\_\_\_\_  
Informations supplémentaires ( ex : réactions possibles ou contre-indications ) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Date Nom (lettres moulées) Signature du médecin / praticien

### **C. Partie à compléter par le parent / tuteur.**

J'autorise le personnel de l'école à donner ou assister mon enfant dans la prise du médicament prescrit ci-dessus.

En cas de prise quotidienne, il est de ma responsabilité de fournir à l'école la dose recommandée et/ou le médicament nécessaire.

\_\_\_\_\_  
Date Nom (lettres moulées) Signature du parent / tuteur

### **D. Vérification / commentaires de l'infirmière attitrée à l'école ou, le cas échéant, de la direction d'école.**

\_\_\_\_\_  
Date du rapport initial Signature de l'infirmière ou de la direction

**Note : Ce formulaire est valide pour une période d'un (1) an et doit être complété chaque année.**