Commission scolaire des Hautes-Rivières jeunes

ÉCOLE St-Vincent
RESPECT • PERSÉVÉRANCE • ENGAGEMENT

ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS ET DE SOINS AUX ÉLÈVES

(FORMULAIRE À REMPLIR ET À RETOURNER À L'ÉCOLE LE PLUS TÔT POSSIBLE)

Nom de l'élève : _____

École : _____ Classe : _____

Administration de médicaments

Nom du ou des médicaments : _____

Dose à être administrée : _____

Moment de l'administration du ou des médicaments : _____

Le médicament est dans un pilulier (dosette scellée) oui ☐ non ☐

Autres instructions, s'il y a lieu : _____

Administration des soins

Nature des soins : _____

_____

_____

Circonstances dans lesquelles les soins doivent être administrés : _____

_____

_____

Autres instructions, s'il y a lieu : _____

Je déclare que les médicaments ou les soins ont été prescrits par le médecin et que celui-ci n'a pas d'objection à ce qu'ils soient administrés en milieu scolaire.

Je m'engage à communiquer tout changement par écrit.

_____ _____

Signature de la personne répondante légalement pour l'élève Date