

Autorisation de distribution et d'administration de médicaments

J'autorise le service médical scolaire à distribuer ou administrer le ou les médicaments suivants à mon enfant.

Identification de l'élève

Nom de l'élève : Classe :

Nom du représentant légal :

Cochez la situation qui concerne votre enfant:

- Distribution du médicament (enfant capable de prendre lui-même son médicament après que l'infirmière scolaire le lui ait remis).
- Administration du médicament (élève incapable de prendre lui-même son médicament, l'infirmière scolaire doit le lui administrer).

Médicaments

Nom du médicament :

Posologie (quantité) :

Moment de l'administration (horaire) :

Durée du traitement :

Avec prescription sans prescription (.....)

Prescrit pour le problème de santé suivant :

Autorisation

1. J'autorise la distribution / l'administration du (des) médicament(s) ci-haut mentionné(s).
2. Je reconnais avoir pris connaissance de la procédure concernant la distribution et l'administration des médicaments

Sofia, le..... Signature du responsable légal

Validation du service médical scolaire