



**FORMULAIRE D`AUTORISATION POUR ADMINISTRER UN MÉDICAMENT À UN ÉLÈVE  
REQUEST FOR ADMINISTRATION OF  
MEDICATION AT SCHOOL FORM**

**A. DOIT ÊTRE COMPLÉTER PAR LES PARENTS OU TUTEURS  
TO BE COMPLETED BY PARENT OR GUARDIAN**

Nom /Name	Anniversaire / Birthdate (Year/Month/Day)	
Parent ou Tuteur / Parent or Guardian	Téléphone à la maison /Home Phone	Au Travail /Business
Médecin / Physician	Téléphone / Phone	

**B. TO BE COMPLETED BY PRESCRIBING PHYSICIAN  
Conditions Which Make Medication Necessary**

Medication required	Dosage	Directions for Use
1.		
2.		
3.		
4.		

Additional Comments (possible Reactions, Consequences of Missing Medication, Etc.)

	Physician's Signature
	Date

**C. DOIT ÊTRE COMPLÉTER PAR LE  
PARENT OU LE TUTEUR  
TO BE COMPLETED BY  
PARENT OR GUARDIAN**

**D. TO BE COMPLETED BY PUBLIC HEALTH  
NURSE AFTER THE COMPLETED REQUEST  
RETURNED TO THE SCHOOL**

J`autorise le personnel de l`école à donner ou assister mon enfant (dont le nom est inscrit ci-dessous) les médicaments tels que prescrit sur ce formulaire./ <i>I request the school staff to give medication as prescribed on this form to my child whose name is recorded below.</i>	Comments
Nom de l`enfant / <i>Name of Child</i>	PHN`s Signature <span style="float:right">Date</span>
Je vais informer l`école aussitôt qu`il y aura des changements sur l`administration des médicaments / <i>I will Notify the School Promptly of Any Changes in Medications Ordered</i>	Subsequent Comments, If any
Signature du Parent ou Tuteur / <i>Signature of Parent of Guardian</i>	
Date	PHN`s Signature <span style="float:right">Date</span>

**TOUS LES MEMBRES DU PERSONNEL QUI SONT RESPONSABLES DE L'ADMINISTRATION OU DE SURVEILLANCE DES MÉDICAMENTS DOIVENT VÉRIFIER LES RENSEIGNEMENTS INSCRITS SUR CE FORMULAIRE. S.V.P. DATER ET SIGNER CI-DESSOUS / EACH SCHOOL STAFF MEMBER WHO IS RESPONSIBLE FOR THE ADMINISTRATION OR SUPERVISION OF THE MEDICATION MUST REVIEW THE INFORMATION ON THIS FORM, THEN DATE AND SIGN BELOW**

Date	Signature	Comments, If Any

**Note : Ce formulaire est valide pour une période d`un an et doit être complété chaque année. /This form is valid for one year only and must be completed each year.**

