

FICHE D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

Les renseignements personnels sont recueillis sous l'autorité de l'article 56, Education Act de l'Alberta et est traité conformément à l'article 33 (c) Freedom of Information and Protection of Privacy Act, R.S.A 2000, cF-25. Pour plus de renseignements, S.V.P. communiquez avec la secrétaire générale au bureau du Conseil scolaire du Nord-Ouest, au 780-624-8855 ou 1-866-624-8855.

Nom de l'élève : _____

Date de naissance de l'élève:

Partie à compléter par le parent :

Nom du médicament		
Médicament fourni dans le contenant original	Oui	Non
Raison de l'administration du médicament		
Mode et voie d'administration du médicament		
Dose (quantité du médicament à administrer à la fois		
heure d'administration du médicament à l'école		
Date de début de prise du médicament		
Date de fin ou date de révision du médicament		
Effets secondaires/ Symptômes/Réactions reliés à la condition médicale		

PARTIE RÉSERVÉE À L'ÉCOLE, À REMPLIR EN PRÉSENCE DU PARENT

Médicament reçu dans le contenant original	Oui	Non
Lieu d'emplacement du médicament		
Avertissement spécial/Précaution à prendre		

Date:

Signature du parent ou tuteur:

Date

Signature de la personne responsable à l'école:

