

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	
Lieu d'emplacement du médicament	
Avertissement spécial/Précaution à prendre	

De : (jour/mois/année) _____ À: (jour/mois/année) _____

Signature du parent/tuteur : _____

