



École  
Sainte-Louise-  
de-Marillac

8100, rue de Marseille  
Montréal (Québec) H1L 1P3  
Téléphone : (514) 596-5044  
Télécopieur : (514) 596-3470

## AUTORISATION D'ADMINISTRER UN MÉDICAMENT

J'autorise le personnel de l'école Sainte-Louise-de-Marillac à administrer ce médicament.

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Pour la période du : \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Nom du médicament : \_\_\_\_\_

Flacon avec ordonnance \_\_\_\_\_ Flacon sans ordonnance \_\_\_\_\_

Effets secondaires si connus : \_\_\_\_\_

Le médicament doit-il être réfrigéré : oui : \_\_\_\_\_ non : \_\_\_\_\_

Fréquence et heure : \_\_\_\_\_

Quantité : \_\_\_\_\_

Voie d'administration : Inhalation : \_\_\_\_\_ Orale : \_\_\_\_\_

Signature du parent : \_\_\_\_\_

Tél. maison : \_\_\_\_\_ bureau : \_\_\_\_\_ cell. Ou paget : \_\_\_\_\_

Date, heure et initiales de la personne qui administre le médicament :

Lundi \_\_\_\_\_ Lundi \_\_\_\_\_ Lundi \_\_\_\_\_

Mardi \_\_\_\_\_ Mardi \_\_\_\_\_ Mardi \_\_\_\_\_

Mercredi \_\_\_\_\_ Mercredi \_\_\_\_\_ Mercredi \_\_\_\_\_

Jeudi \_\_\_\_\_ Jeudi \_\_\_\_\_ Jeudi \_\_\_\_\_

Vendredi \_\_\_\_\_ Vendredi \_\_\_\_\_ vendredi \_\_\_\_\_



**Commission  
scolaire  
de Montréal**