

Année scolaire \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nom de l'élève :	D.D.N. :
Adresse :	Tél. :
Nom du parent 1 :	Tél. : Rés. : _____ Travail : _____
Nom du parent 2 :	Tél. : Rés. : _____ Travail : _____
Nom du tuteur (s'il y a lieu) :	Tél.: Rés. : _____ Travail : _____
Nom du médecin traitant :	Tél. :

<b>RECOMMANDATION MÉDICALE</b>	<i>ou</i> <b>PIÈCE JUSTIFICATIVE signée par le médecin</b>
Nom du ou des médicaments :	
Voie d'administration :	
Autres particularités :	
_____	_____
Signature du médecin	Date

<b>AUTORISATION DE L'AUTORITÉ PARENTALE</b>
J'autorise un membre du personnel de l'école à administrer à mon enfant _____ (nom de l'enfant)
Nom du ou des médicaments :
Posologie, dose et heure :
Voie d'administration :
Médecin :
L'enfant peut-il s'administrer lui-même le ou les médicaments recommandés ? Spécifiez : _____

Je connais les effets possibles de ce ou de ces médicaments. Je dégage l'école et le Centre de services scolaire des Portages-de-l'Outaouais de toute responsabilité suite aux conséquences qui pourraient résulter de l'administration de ce ou de ces médicaments à mon enfant.

J'autorise l'école \_\_\_\_\_ à administrer à mon enfant le ou les médicaments recommandés par le médecin ci-haut mentionné et à informer, par écrit au préscolaire ou au primaire, les élèves de la classe ou de l'école des risques d'allergies de mon enfant.

\_\_\_\_\_  
Signature du titulaire de l'autorité parentale

\_\_\_\_\_  
Date