



## AUTORISATION D'ADMINISTRATION DE TRAITEMENT MÉDICAL

Nom de l'élève : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_  
                                  jour           mois           année

Téléphone :

Maison : \_\_\_\_\_ Travail (mère) : \_\_\_\_\_ Travail (père) : \_\_\_\_\_

Autre personne contact en cas d'urgence :

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

École : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

Nom de l'enseignant(e) : \_\_\_\_\_

Nom de la directrice : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance-maladie : \_\_\_\_\_

### INFORMATION DU MÉDECIN

1. Intervention médicale qui est demandée du personnel de l'école :  
\_\_\_\_\_
2. But de l'intervention : \_\_\_\_\_
3. Dosage à donner (s'il y a médicament) : \_\_\_\_\_
4. Fréquence (heure précise de la journée) : \_\_\_\_\_
5. Durée (quotidienne) : De \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
                                  jour       mois       année       jour       mois       année
6. Réaction, symptômes ou effets secondaires :  
\_\_\_\_\_
7. Procédure d'urgence en cas de réaction : \_\_\_\_\_
8. Établissement médical désigné/hôpital, et / ou numéro de téléphone du médecin en cas d'urgence :  
\_\_\_\_\_
9. Nom du médecin (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Le parent ou tuteur légal, en consultation avec le médecin traitant ou une autre personne de la profession médicale, a la responsabilité de fournir les procédés spécifiques de cette intervention médicale. (*Joindre des illustrations et/ou diagrammes lorsque cela s'avère nécessaire*).

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou tuteur légal

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin

\_\_\_\_\_  
Date