

AUTORISATION PARENTALE POUR LA DISTRIBUTION DE MÉDICAMENTS

J'autorise les adultes responsables concernés de l'Académie François-Labelle à distribuer à mon enfant le médicament suivant, selon l'étiquette de la prescription médicale:

Nom de l'enfant : _____

Prénom de l'enfant : _____

Groupe repère : _____

Médicament : _____

Posologie : _____

Heure : _____

Durée de la validité
de l'autorisation : _____

Signature du parent : _____

Date : _____

AVIS : L'Académie François-Labelle **ne peut donner que des médicaments prescrits par un médecin reconnu par le Collège des médecins**. L'étiquette de la pharmacie identifiant le produit avec la posologie, la date d'émission du traitement ainsi que le nom du médecin tient lieu de prescription.

**Le médicament doit être dans son emballage original
et accompagné de l'étiquette de la pharmacie**