

Partie réservée aux parents

Par la présente, j'autorise et donne ma permission au personnel approuvé par le Comité d'administrer le médicament mentionné ci-avant à mon enfant. En signant ce formulaire, je reconnais que le district scolaire ou son personnel n'est pas soumis à une obligation d'assistance dans l'administration du médicament et dégage donc tous les employés scolaires désignés par le Comité et le Comité d'éducation de toute responsabilité quant aux dommages ou aux blessures qui résulteraient de l'assistance ou de la non-assistance demandée.

J'ai lu et je comprends les termes de la politique relative à l'administration des traitements.

Nom de l'élève : _____ Date de naissance : _____ Bâtiment scolaire : _____

Adresse du domicile : _____ Téléphone : _____

Vous devez faire une Demande d'administration de médicaments sur ordonnance par le personnel scolaire des classes préscolaires à 12 à chaque rentrée scolaire.

Signature du parent/tuteur : _____ Date : _____

Élèves 5330 Page 2 sur 2 Révisé en 01/2023
