

DÉCLARATION DU MÉDECIN

Nom de l'élève : _____ Date de naissance : _____
Adresse : _____ No de tél. : _____
École : _____ Année d'étude : _____ Enseignant(e) : _____

Déclaration du médecin

1. Nom ou type de médicament : _____
2. Posologie : _____
3. Fréquence (heures où le médicament doit être administré) : _____
4. Durée (pendant une semaine, un mois ou période continue). (Il faut jeter tous les médicaments non réclamés à la fin de l'année scolaire. Chaque autorisation doit être renouvelée au mois de septembre de chaque année.) :

5. Réactions possibles au médicament (symptômes, effets secondaires, symptômes de toxicité) :

6. Mesures à prendre en cas de danger ou de réaction négative :

7. Description du médicament (pilule, liquide, couleur, etc.) :

8. a) Quantité maximale du médicament à conserver à l'école :

b) Durée maximale de l'entreposage (date d'expiration) :

9. Renseignements supplémentaires, si nécessaires, sur l'entreposage ou l'administration de ce médicament (autres médicaments non prescrits ou aliments contre-indiqués). :

Signature du médecin

Adresse

N° de tél.

Date

(English on reverse side)

PHYSICIAN'S STATEMENT

Student Name : _____ Date of Birth : _____

Address : _____ Telephone Number : _____

School : _____ Grade : _____ Teacher : _____

Physician's Statement

1. Drug (Gen./Trade Name) : _____
2. Dose (e.g.: Mg., Volume) : _____
Administration (e.g.: Oral, inhaled): _____
3. Dosing interval (Times when drug must be administred) : _____
4. Length of treatment (For one week, one month, or on a continuous basis). (All unused medication must be disposed of at the end of the school year. Every authorization must be renewed at the beginning of the school year in September) : _____
5. Anticipated untoward reaction (Yes/No) (Please list symptoms, secondary effects, symptoms of toxicity, etc) : _____
6. Special instructions? (Yes/No) (Please list instructions in case of danger or negative reactions) : _____
7. Description of medication (Pills, liquid, colour, etc) : _____
8. a) Maximum quantity of medication to be kept at the school : _____
b) Length of time medication can be stored (expiration date) : _____
9. Special instructions, if necessary, concerning storage, administration of this medication (Other non-prescribed medication or allergies, non-recommended nutriments) : _____

Physician's Signature_____
Address_____
Telephone Number._____
Date
(Français au verso)