



**AUTORISATION DU MÉDECIN POUR DISPENSER
DES MÉDICAMENTS À UN ÉLÈVE**
DOCTOR'S AUTHORIZATION TO GIVE MEDICATION

Nom de l'élève / Pupil's Name: _____

Date de naissance / Date of Birth: _____

Adresse de l'élève / Pupil's Address: _____

École / School: _____

Je donne par la présente, l'autorisation pour cet enfant de recevoir les médicaments indiqués ci-dessous. Ils peuvent être dispensés par la direction ou son/sa délégué.e. *I hereby give permission for this child to be given the following medication at school. Such medication may be given by the school principal or his/her delegate.*

Cette autorisation est valable jusqu'au 30 juin suivant la date ci-dessus à moins qu'elle ne soit annulée par le médecin ou par les parents. *This authorization is considered to be valid until June 30 next following the above date, unless withdrawn by parent or doctor.*

(Veuillez indiquer: le nom des médicaments, la dose à dispenser et l'heure à laquelle ils doivent être dispensés.) *(Please supply: name of drug, the dosage to be administered and the time of day it is to be given.)*

_____ **Signature du médecin/ Doctor's Signature**

Veuillez remettre à : *Please return to:* _____

copie : 1. dossier de l'école / pupil's file