

**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)

**Administration de médicaments  
Déclaration du médecin/Physician's Statement**

---

**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 administered) :  
\_\_\_\_\_
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)