



CONSEIL SCOLAIRE PUBLIC
DU GRAND NORD DE L'ONTARIO

DEMANDE D'AUTO-ADMINISTRATION D'UN MÉDICAMENT PRESCRIT

Conformément à la ligne de conduite B-001

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

Adresse : _____

Parent/tuteur, tutrice : _____ N° de tél. : _____

N° de tél. - travail (parent, tuteur, tutrice) :

N° de tél. - travail (parent, tuteur, tutrice):

École : _____

Médecin : _____ N° de tél. : _____

Nom du médicament : _____

Méthode d'administration seul
 avec liquide : _____
 avec solide : _____

Instructions de rangement : _____

Dose et fréquence pendant les heures de classe : _____

Durée de l'administration du médicament : _____

Mises en garde ou effets secondaires possibles :

Je/nous, parents, tuteur ou tutrice de _____, vous informe/informons que le médicament ci-dessus sera auto-administré par mon/notre enfant conformément à la procédure décrite plus haut. Je reconnais/ nous reconnaissons que le Conseil scolaire public du Grand Nord de l'Ontario, ou tout membre de son personnel, n'est pas responsable de l'administration de ce médicament et je dégage/nous dégageons le Conseil scolaire public du Grand Nord de l'Ontario ou les membres de son personnel de toute obligation légale qui pourrait découler de l'administration du médicament par mon/notre enfant.

Parent/tuteur ou tutrice

Date



CONSEIL SCOLAIRE PUBLIC
DU GRAND NORD DE L'ONTARIO

À NOTER : Cette demande ne sera plus valide après le 30 juin de chaque année scolaire, ou avant si le médicament prescrit n'est plus nécessaire.

Ces renseignements sont recueillis conformément aux dispositions de la *Loi sur l'éducation* et de la *Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée dans les municipalités et les conseils scolaires locaux*.

*La direction d'école et l'enseignant ne sont pas responsables de rappeler à l'élève de prendre son médicament.

**DEMANDE DE SUPERVISION DE L'AUTO-ADMINISTRATION D'UN MÉDICAMENT
PRESCRIT ADRESSÉE AU PERSONNEL**

Nom de l'élève : _____ N° de carte-santé : _____

Parents/tuteurs ou tutrices : _____

Adresse : rue : _____

Ville : _____

Code postal : _____

École : _____ Date de naissance : _____

Je demande/nous demandons au Conseil scolaire public du Grand Nord de l'Ontario d'assurer la supervision de mon/notre fils ou de ma/notre fille lorsqu'il ou elle s'administre son médicament.

Nom du médicament : _____

Instructions de rangement : _____

Dose et fréquence pendant les heures de classe : _____

Durée de l'administration du médicament : _____

Signature - parent/tuteur ou tutrice

N° de tél. - domicile

N° de tél. - travail

À NOTER : Cette demande ne sera plus valide après le 30 juin de chaque année scolaire, ou avant si le médicament prescrit n'est plus nécessaire.

Ces renseignements sont recueillis conformément aux dispositions de la *Loi sur l'éducation* et de la *Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée dans les municipalités et les conseils scolaires locaux*.

*La direction d'école et l'enseignant ne sont pas responsables de rappeler à l'élève de prendre son médicament.