



FORMULAIRE DE LIBÉRATION MÉDICALE – FORMULAIRE MÉDICAL

Nom de l'élève : _____
Date de naissance : _____
Adresse : _____
Code postal : _____
Nom du parent ou du tuteur : _____
Téléphone résidence : _____ Téléphone travail : _____
N° en cas d'urgence : _____ 2^e n° cas d'urgence : _____
Nom de l'école : _____
Niveau de l'élève : _____
Nom de l'enseignant : _____

Parent / tuteur

Autorisation pour le personnel de l'école :

Par la présente, je vous autorise à administrer _____
(dosage et médicament)

à : _____

tel que prescrit par le médecin : _____

et j'exempte de toutes responsabilités le personnel de l'école contre toute réaction qui pourrait survenir due à l'administration du médicament. Dans le cas d'une réaction anaphylactique et selon les conseils du médecin, les actions suivantes devront être prises suite à l'injection suivante :

Signature du parent / tuteur

Date

Médecin

Autorisation pour le personnel de l'école :

Je prescris _____
(dosage et médicament)

à être administré à : _____

par le personnel autorisé et formé de l'école : _____

pour les raisons suivantes :

Signature du médecin

Date

Ce formulaire ne couvre pas le traitement légal une fois que l'enfant est transporté à l'hôpital. Dans le cas d'une famille d'accueil, S.V.P. obtenir la signature de la famille de la Saskatchewan ou du service social.

English on reverse



MEDICAL RELEASE FORM – MEDICATION FORM

Student's Name : _____
 DOB : _____
 Address : _____
 Postal code : _____
 Parents or guardians : _____
 Residence Number : _____ Business Number : _____
 Emergency Number : _____ Emergency Number 2: _____
 School : _____
 Class : _____
 Teacher : _____

Parent / guardian

To authorized School Personnel :

I hereby request and authorize you to give _____
(dose and medication)

to : _____

as prescribed by Doctor _____

and I release school personnel from liability should reactions result from medications. In case of an anaphylactic reaction, follow-up care and transportation are to be as follows :

Parent's signature

Date

Physician

To authorized School Personnel :

I prescribe _____
(dose and medication)

to be given to : _____

by school personnel during the school hours for reasons stated : _____

Physician's signature

Date

In the case of foster parents, please obtain the signature of a Saskatchewan Family and Social Services representative or official.

Français au verso ↩