



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° 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