

INFIRMERIE

Traitement médical

L'ordonnance et le médicament doivent être remis à l'infirmière de l'école dans le cadre d'un traitement médical pendant la journée scolaire

Nom _____ Prénom _____

Je soussigné(e) (nom du père/mère) _____

Autorise l'infirmière de l'école à administrer un traitement à mon enfant.

1- Nom du médicament _____

2- Dosage _____

3- Date et heure _____

(*) Dans le cas d'un traitement prolongé, prière de nous remettre les médicaments dont votre enfant a besoin quotidiennement.

Inhalateur.

Epi-pen.

Type d'allergie _____

Date et signature .

Medication administration form

This form, Doctor's prescription and the médecine should be handed over to the school nurse if medication administration is required during school hours.

Name _____ Family name _____

I (parent's name) _____ give permission to the nurses, to administrate médical treatment to my son / daughter.

1- Name of médecine: _____

2- Dose: _____

3- date and time : _____

(*) In case of prolonged treatment, please provide the liste of medecines yours child use daily.

Inhaler

Epi-pen.

Type of allergy _____

Date and signature: _____