

CONSENTEMENT POUR QUE L'ÉLÈVE AIT SUR LUI ET PUISSE S'AUTO-ADMINISTRER SES MÉDICAMENTS CONTRE L'ASTHME

Nom de l'élève : _____	Date de naissance : _____
	Année d'études : _____
Enseignant : _____	Âge : _____

SECTION RÉSERVÉE AU PARENT/TUTEUR

Nom du parent/tuteur : _____		
Numéros de téléphone : _____	Jour : _____	Soir : _____
	Cellulaire : _____	Autre : _____

Nous acceptons que _____ :

Nom de l'élève

- puisse **avoir sur lui** ses médicaments contre l'asthme et dispositifs d'administration à l'école et lors des sorties scolaires.
- puisse **s'auto-administrer** ses médicaments contre l'asthme à l'école et lors des sorties scolaires.
- ait besoin d'aide** pour prendre ses médicaments contre l'asthme à l'école et lors des sorties scolaires.
- Nous informerons l'école de tout changement relatif à la médication ou au dispositif d'administration.**
Les médicaments **ne peuvent pas** dépasser la date limite d'utilisation.

Nom du parent ou tuteur : _____	
Signature du parent ou tuteur : _____	Date : _____
Signature de l'élève : _____ <small>(qui a 16 ou 17 ans et qui s'est soustrait à l'autorité parentale)</small>	Date : _____
Signature de l'élève : _____ <small>(qui a 18 ans et plus)</small>	Date : _____

SECTION RÉSERVÉE À L'ÉCOLE

Date de réception du consentement à l'école :	
---	--