MonAvenir
CONSEIL SCOLAIRE CATHOLIQUE

ÉLV.4.1.2

FICHE D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE

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

Date	Heure	Dose	Signature

Date	Heure	Dose	Signature

Copie remise aux parents? ☐ Oui ☐ Non

Surplus de médicament retourné? ☐ Oui ☐ Non

Signature de la direction d'école : _____ Date : _____

Original – DSO de l'élève

CscMonAvenir.ca