



**CONSEIL SCOLAIRE PUBLIC
DU GRAND NORD DE L'ONTARIO**

REGISTRE DES MÉDICAMENTS ADMINISTRÉS

Conformément à la ligne de conduite B-001

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE

Nom de l'élève :	Date de naissance :
Adresse :	No. de téléphone :
École :	Enseignant(e) :
Médecin :	No. de telephone :

RENSEIGNEMENTS SUR LES MÉDICAMENTS

Nom du médicament et numéro de l'ordonnance médicale :
Posologie :
L'heure à laquelle le médicament doit être administré :
Nom de la personne qui administre le médicament :

RELEVÉ QUOTIDIEN

Date	Heure	Posologie donnée	Voie et méthode	Signature de la personne qui a administré le médicament

(VEUILLEZ DÉCRIRE DANS L'ESPACE CI-DESSOUS TOUTE SITUATION INHABITUELLE OU ANORMALE QUI SURVIENT)

Les renseignements personnels figurant sur ce formulaire sont recueillis conformément à la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* sous l'égide de la *Loi sur l'éducation* et seront utilisés pour fournir les soins médicaux/hospitaliers d'urgence et/ou pour communiquer avec le parent, la tutrice, le tuteur en cas d'urgence. Il faut adresser toute question touchant le présent formulaire à la directrice, au directeur d'école.