

• INFORMATIONS NOMINATIVES

Nom de l'élève	
Date de naissance	
Nom du père ou tuteur	
Nom de fille de la mère	
Numéro de téléphone · domicile	
Numéro de téléphone · bureau	
Numéro de téléphone · cellulaire	

• PRESCRIPTION MÉDICALE

Nom du médicament	
Posologie et mode d'emploi <input type="radio"/> Régulier <input type="radio"/> Occasionnel <input type="radio"/> D'urgence	
Nom du médecin	

J'autorise l'école à distribuer à mon enfant le ou les médicaments prescrits par le médecin ci-haut mentionné.

• ENTENTE ENTRE L'ÉCOLE ET LA FAMILLE

Durée de la demande	
Date	
Signature	