ACADÉMIE ST-LAURENT ACADEMY

Medical authorization and administration form.

Fiche de permission pour l'autorisation et l'administration des médicaments.

***Medical authorization***

***Autorisation de médicaments***

I authorize the educator:

*J'autorise l'éducatrice:*

*Of/De:*

Medication/*Médicament*

*To/À:*

Child's Name/*nom de l'enfant*

*Start date/date du début :*

End date/ *date de la fin :*

Use the following instructions *:*

*Suivre les instructions suivantes :*

*Dosage/Posologie :*

Times of administration*:*

*Heure d'administration:*

Storage of medication

*Rangement du médicament*

Side effects/ *Effets secondaires*

Stop the medication if the following reaction is observed

*Cessez le médicament si ces réactions surviennent :*

*Date :* _____

*Signature :*

| **ADMINISTRATION RECORD** ***DOSSIER D'ADMINISTRATION*** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Date** | **Times** | **Dosage** ***Posologie*** | **Staff** ***signature de l'éducatrice*** | **Comments** ***commentaires*** |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**Académie St-Laurent Academy Inc.**
641 Sladen Avenue, Ottawa ON K1K 2S8
613 842-8047