

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom de la mère : _____

PLAN D'INTERVENTION SPÉCIFIQUE EN MILIEU SCOLAIRE

PHOTO

Problématique de santé

Médication qui doit être administrée à l'école

	Heure : hh:mm	Dose :
	Heure : hh:mm	Dose :
	Heure : hh:mm	Dose :

→ La feuille « Autorisation de distribuer ou d'administrer un médicament » doit être signée par le parent

Soins requis à l'école

Autres renseignements pertinents

* POUR REJOINDRE LES PARENTS, PRIÈRE DE VOUS RÉFÉRER AU SECRÉTARIAT DE L'ÉCOLE.

JE SUIS D'ACCORD AVEC LES ÉLÉMENTS CI-HAUT MENTIONNÉS ET J'AUTORISE L'INFIRMIÈRE À LES TRANSMETTRE AUX INTERVENANTS SCOLAIRES AFIN QUE CES SOINS SOIENT PRODIGUÉS À MON ENFANT, AU BESOIN.

Date (aaaa-jj-mm)

Signature de l'infirmière

Date (aaaa-jj-mm)

Signature du parent ou de l'élève (14 ans et plus)