



L'ÉCOLE ARMÉNIENNE
SOURP HAGOP

ÉCOLE PRIMAIRE V. ET A. SARAFIAN
ÉCOLE SECONDAIRE PASTERMADJIAN

ՍՈՒՐԲ ՀԱԿՈՒՄ
ԱԶԳԱՅԻՆ ՎԱՐՃԱՐԱՆ

Վ. ԵՒ Ա. ՍԱՐԱՋԵԱՆ ՆԱԽԱԿՐԹԱԿԱՆ
ԲԱՍՏԻՄԱՃԵԱՆ ԵՐԿՐՈՐԴԱԿԱՆ

Formulaire 2

Énoncé du médecin pour l'administration de médicaments par voie buccale durant les heures de classes

Élève :	D.D.N. :
Adresse :	Téléphone :
École :	

Les procédures suivantes sont médicalement appropriées pour l'élève mentionné ci-haut et doivent être administrées durant les heures de classe.

Renseignements sur le(s) médicament(s).

Diagnostic/but de la médication :				
Médicament(s) prescrit(s)	Posologie	Heures d'administration		
		Avant-midi	Heure du dîner	Après-midi
1.				
2.				
Numéro de(s) l'ordonnance(s) :				
Effets secondaires possibles :				
Durée de la prescription :				
Signature du parent :				
Date :				

Date

Signature du médecin traitant

Téléphone

N.B. Le médecin traitant n'est pas obligé de signer ce formulaire si les renseignements sont fournis sur le(s) médicament(s) prescrit(s) (**contenant original**) et si le parent a signé ce formulaire.

*Ce formulaire sera conservé dans le dossier de l'élève pendant au moins 12 mois
après la date inscrite sur le formulaire.*