

# COMMISSION SCOLAIRE DE MONTRÉAL ÉCOLE PHILIPPE-LABARRE

3125, rue Fletcher  
Montréal, QC  
H1L 4E2  
Tél. : (514) 596-4920

## DÉSISTEMENT DE RESPONSABILITÉ

### Administration de médicaments à un élève

Je, soussigné-e, \_\_\_\_\_  
(Nom/Prénom du parent ou du responsable légal)

autorise la direction de l'école Philippe-Labarre et/ou son représentant à administrer le médicament tel qu'indiqué dans les instructions suivantes\* :

\_\_\_\_\_

à : \_\_\_\_\_  
(Nom/Prénom de l'élève)

De plus, je dégage les représentants de l'école Philippe-Labarre ainsi que la Commission scolaire de Montréal de toute responsabilité concernant tout effet secondaire ou résultat imprévu dus à l'administration dudit médicament.

\_\_\_\_\_

**Date**

\_\_\_\_\_

**Signature du parent ou du responsable légal**

\* : Des indications écrites précises quant à l'administration et à la posologie du médicament susmentionné doivent être jointes au présent formulaire.