

**LA COMMISSION SCOLAIRE DE MONTRÉAL  
DÉSISTEMENT DE RESPONSABILITÉ**

**OBJET : ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS À UN ÉLÈVE**

Je, soussigné (e) \_\_\_\_\_ autorise  
**(Nom du parent ou responsable légale)**

La directrice / ou son / (sa) représentant (e)

École des Cinq-Continents  
**Nom de l'école**

À administrer le médicament tel qu'indiqué dans les instructions ci-jointes \*  
à :

\_\_\_\_\_  
**(Nom de l'élève)**

\_\_\_\_\_  
**(classe #)**

De plus, je dégage les représentants de l'école susmentionnée 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 responsable légal**

**\* Des indications écrites précises quant à l'administration et la posologie du médicament susmentionné et les effets secondaires possibles (signées par le médecin ou le représentant de l'hôpital / la clinique) doivent être jointes à ce formulaire de désistement.**