



## AUTORISATION DE DISTRIBUER OU D'ADMINISTRER UN MÉDICAMENT PRESCRIT (2020-2021)



Le personnel de l'école, peut de façon exceptionnelle et selon la procédure établie, distribuer ou administrer des **médicaments prescrits à votre enfant** (incluant ceux en vente libre, prescrits par un professionnel de la santé)

Si votre enfant est dans l'obligation de prendre un médicament à l'école, nous vous demandons de remplir ce formulaire d'autorisation et nous le retourner dans les plus brefs délais.

Le médicament doit être remis à l'enseignante (ou responsable du Service de garde) dans un contenant reçu du pharmacien avec l'étiquette faisant preuve d'ordonnance. Si le médicament est sous forme liquide, inclure également une seringue afin que nous puissions donner la dose exacte que l'enfant doit prendre. Vous devez voir au renouvellement de la prescription du médicament lorsque nécessaire.

Nous vous rappelons que distribuer ou administrer un médicament à l'école demeure une mesure exceptionnelle. Pour éviter de devoir le faire, nous vous demandons, lorsque possible, de faire prescrire à votre enfant un médicament à effet prolongé. Ainsi, le médicament pourrait être pris à la maison évitant les risques d'omission ou ceux liés au transport de médicament.

Merci de votre collaboration!

### IDENTIFICATION

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Groupe-repère: \_\_\_\_\_

Nom de la mère : \_\_\_\_\_ Nom du père : \_\_\_\_\_

Téléphone de la résidence : \_\_\_\_\_ Téléphone au travail : \_\_\_\_\_

Autre numéro en cas d'urgence et nom de la personne : \_\_\_\_\_

Brève description du problème de santé : \_\_\_\_\_

### MÉDICATION

Nom du médicament : \_\_\_\_\_

Dosage : \_\_\_\_\_ Heure de distribution ou d'administration : \_\_\_\_\_

Durée du traitement : \_\_\_\_\_

Effets secondaires prévisibles si connus : \_\_\_\_\_

Mode de conservation du médicament selon les indications du pharmacien : \_\_\_\_\_

### AUTORISATION ET SIGNATURE

Par la présente,

1. Je reconnais avoir pris connaissance de la procédure de distribution ou d'administration des médicaments prescrits à l'école.
2. J'autorise un membre du personnel, délégué par la direction d'école, à distribuer ou administrer le médicament prescrit à mon enfant.
3. Je reconnais que le personnel de l'école ne possède pas de formation médicale.
4. J'accepte ma responsabilité de prévenir l'école de toute modification aux indications précédentes.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_  
Date