

## AUTORISATION D'ADMINISTRER UN MÉDICAMENT

Administrer un médicament à l'école constitue une mesure exceptionnelle.

Le personnel de l'école ne pourra distribuer de médicaments prescrits ou non aux élèves que si le parent ou le titulaire de l'autorité parentale complète et signe le présent formulaire.

Précisons que la distribution de médicaments ne comporte aucune obligation pour le personnel de poser un diagnostic ou de rédiger des observations ou un rapport.

Les renseignements inscrits par le pharmacien sur l'étiquette identifiant le médicament font foi de l'autorisation des personnes autorisées à prescrire. Il importe donc de toujours remettre le **contenant original identifié au nom de l'enfant**. Sur cette étiquette doivent figurer le nom de l'enfant, le nom du médecin, le nom du médicament, la date de péremption, la posologie et la durée du traitement.

### **AUTORISATION DE D'ADMINISTRER UN MÉDICAMENT (S.V.P. Écrire en lettres moulées)**

J'autorise un membre du personnel de l'école à distribuer le médicament suivant à mon enfant selon la posologie indiquée :

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ classe : \_\_\_\_\_

Nom du médicament : \_\_\_\_\_

Si ce médicament est pour contrer une allergie sévère préciser à quoi l'enfant est allergique:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Posologie (dose et fréquence) : \_\_\_\_\_

Préciser à quel moment le donner (dates et heures) \_\_\_\_\_

Voie de distribution :     Inhalation (pompe)                       Orale                       Peau

Effets indésirables importants attendus : \_\_\_\_\_

**N.B. : SI DE L'ÉPIPEN EST ADMINISTRÉ PAR L'ÉCOLE, LE 911 SERA CONTACTÉ**

**SI D'AUTRES CIRCONSTANCES NÉCESSITENT UN TRANSPORT À L'HOPITAL DE VOTRE ENFANT  
INDIQUER LESQUELLES :**

\_\_\_\_\_

LE PARENT EST RESPONSABLE DE VOIR À CE QUE LES MÉDICAMENTS FOURNIS À L'ÉCOLE SOIENT REMPLACÉS LORSQUE PÉRIMÉS.

...VERSO

NUMÉRO DE LA CARTE D'ASSURANCE MALADIE DE VOTRE ENFANT ET DATE D'EXPIRATION :

\_\_\_\_\_ exp. : \_\_\_\_\_

**POUR VOUS REJOINDRE**

Téléphone du parent ou du titulaire de l'autorité parentale :

Nom : \_\_\_\_\_ tél. cell : \_\_\_\_\_

Tél. Domicile : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Téléphone du parent ou du titulaire de l'autorité parentale :

Nom : \_\_\_\_\_ tél. cell : \_\_\_\_\_

Tél. Domicile : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Autre no de téléphone en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature du parent ou de l'autorité parentale pour l'autorisation de distribution de médicaments :

\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_