

La présente autorise les personnes désignées (enseignant, secrétaire ou autre) par la direction de l'école à distribuer ou administrer le ou les médicaments suivants à mon enfant.

Identification de l'élève

Nom de l'élève : _____ Date de naissance : _____ Groupe : _____

Nom du parent : _____ Téléphone : maison _____ travail/cell. : _____

Cochez la situation qui concerne votre enfant :

- Distribution** du médicament (élève **CAPABLE** de prendre lui-même son médicament, après qu'une personne désignée lui ait remis)
- Administration** du médicament (élève **INCAPABLE** de prendre lui-même son médicament, la personne désignée doit lui administrer). (Cette demande sera remise à l'infirmière de l'école pour évaluation)

Médicaments

Nom du médicament : _____ Posologie (quantité) : _____

Moment de l'administration (heure) : _____ Durée du traitement : _____

Prescrit pour le problème de santé suivant : _____

Effets secondaires prévisibles : _____

Mode de conservation du médicament selon les indications du pharmacien : _____
(Température pièce, réfrigéré, etc.)

Date d'expiration du médicament : _____ Médecin et coordonnées : _____

Si le médicament doit être distribué ou administré au besoin, spécifier le moment et les symptômes que doit avoir l'enfant pour permettre la prise du médicament : _____

Autorisation

1. J'autorise **la distribution OU l'administration** du (des) médicament(s) ci-haut mentionné(s).
2. Je reconnais avoir pris connaissance de la procédure concernant la distribution et l'administration des médicaments au recto.
3. Je reconnais que des risques sont associés à la distribution et/ou à l'administration de médicament (ex. : effets secondaires, résultats imprévus, etc.) et que les personnes désignées ainsi que la Commission scolaire ne peuvent en être tenues responsables.
4. J'autorise les personnes désignées et l'infirmière scolaire à rencontrer mon enfant si nécessaire et à consulter au besoin le médecin ou le pharmacien identifié.

Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale

Date

SVP RETOURNER À LA DIRECTION DE L'ÉCOLE