



FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR LA DISTRIBUTION DE MÉDICAMENTS

Votre enfant doit recevoir un médicament pendant sa présence à l'école. Nous vous demandons de compléter et de signer ce formulaire d'autorisation. Aucun médicament ne sera administré sans cette autorisation écrite et signée.

IDENTIFICATION :

Nom et prénom de l'enfant : _____ Groupe repère : _____

Nom de la mère : _____ Nom du père : _____

Téléphone résidence : _____ Téléphone travail : _____

Autre numéro en cas d'urgence : _____

Nom de la personne : _____

MÉDICATION :

Nom du médicament : _____

Dosage : _____ Heure : _____ Durée du traitement : _____

Effets secondaires prévisibles, si connus : _____

Mode de conservation du médicament selon les indications du pharmacien : _____

Au réfrigérateur : _____ à la température pièce : _____

AUTORISATION :

Par la présente, j'autorise un membre du personnel, délégué par la direction de l'école, à distribuer à mon enfant le médicament, tel que prescrit par le médecin.

Je reconnais que le personnel de l'école et du service de garde acceptent de distribuer des médicaments à mon enfant seulement par souci de commodité. Je dégage l'école et la Commission scolaire de toute responsabilité résultant de la distribution de médicaments.

Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale

Date

Note :

- 1- Le médicament doit être présenté dans un contenant qui répond aux normes de sécurité (bouchon sécuritaire contenant incassable).
- 2- Le consentement doit porter l'étiquette de la pharmacie (duplicata disponible à la pharmacie)
- 3- La dose requise pour la journée seulement doit être envoyée. (Dans les cas de prise régulière de médicaments, l'usage d'un pilulier est requis).
- 4- Advenant le cas où votre enfant ne prendrait plus le médicament ci-haut mentionné ou si la dose était modifiée en cours d'année, **vous devez en aviser l'école par écrit.**

