



FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR LA DISTRIBUTION OU L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

L'école peut administrer ou distribuer des médicaments **prescrits** à l'élève, uniquement si le parent ou le titulaire de l'autorité parentale complète et signe le présent formulaire.

Il est nécessaire de toujours **transmettre le contenant et le contenu original** du médicament puisque sur l'étiquette sont inscrits, par le pharmacien, le nom de l'enfant, le nom du médecin, le nom du médicament, la date de péremption, la posologie ainsi que la durée du traitement.

L'école se réserve le droit de mettre fin à l'administration ou la distribution d'un médicament si toutes les informations nécessaires ne lui sont pas transmises en conformité avec le présent formulaire.

Nom et prénom de l'enfant : _____		Classe : _____	
<input type="checkbox"/> Mon enfant est capable de prendre lui-même son médicament, après qu'un membre de l'équipe-école lui ait remis (Distribution de médicament)			
<input type="checkbox"/> Mon enfant est incapable de prendre lui-même son médicament car le membre de l'équipe-école doit lui administrer (Administration du médicament). Cette demande sera remise à l'infirmière de l'école pour évaluation.			
Nom du médicament : _____		Durée du traitement : _____	
Posologie (dose et fréquence) : _____ (Voir étiquette du pharmacien)			
Moment de l'administration : _____			
Voie de distribution : Inhalation (pompe) : <input type="checkbox"/> Orale : <input type="checkbox"/> Peau : <input type="checkbox"/>			
Le médicament doit-il est réfrigéré ? : Oui : <input type="checkbox"/> Non : <input type="checkbox"/>			
Effets indésirables importants attendus : _____			
** Si le médicament doit être distribué ou administré au besoin, spécifier le moment ou les symptômes que doit présenter l'enfant : _____			
1. Je, _____, autorise l'école à <input type="checkbox"/> administrer OU <input type="checkbox"/> distribuer le(s) médicaments ci-haut mentionné(s) à mon enfant.			
2. J'ai pris connaissance de la présente fiche et je déclare comprendre les conséquences de cette autorisation.			
3. Je m'engage également à prévenir l'école par écrit de tout changement (incluant l'arrêt de médicament) , et de tout renouvellement de la prescription.			
4. Je reconnais que le personnel de l'école et du service de garde accepte de distribuer ou d'administrer des médicaments à mon enfant seulement par souci de commodité, ceux-ci ne possédant pas de formation médicale.			
Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale _____		Date _____	
Tel. du parent 1 () _____		Tel. du parent 2 () _____	
Urgence (....) _____			

