



FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR LA DISTRIBUTION DE MÉDICAMENTS

Votre enfant doit recevoir une médication pendant sa présence à l'école. Nous vous demandons de remplir et de signer ce formulaire d'autorisation.

AUCUN MÉDICAMENT NE SERA ADMINISTRÉ SI LES RÈGLES DE SÉCURITÉ NE SONT PAS RESPECTÉES OU 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 à contacter : _____

MÉDICATION

Nom du médicament : _____

Dosage : _____ Heure : _____ / _____

Durée du traitement : _____

Mode de conservation du médicament selon les indications du pharmacien :

au réfrigérateur à la température de la pièce

Effets secondaires prévisibles, si connus : _____

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 accepte 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

*Advenant le cas où votre enfant ne prendrait plus le médicament mentionné ci-haut
ou si la dose était modifiée, vous devriez en informer l'école par écrit.*

RÈGLES DE SÉCURITÉ OBLIGATOIRES

- Le médicament doit être présenté dans un contenant qui répond aux normes de sécurité :
 - Contenant incassable, bouchon sécuritaire;
 - Étiquette de la pharmacie
- Seule, la dose requise pour la journée doit être envoyée.