

## AUTORISATION DE DISTRIBUER UN MÉDICAMENT

Le personnel de l'école ne pourra distribuer de médicaments **prescrits** 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.

Si votre enfant a besoin d'EPIPEN, veuillez compléter le formulaire approprié, disponible à l'école.

### AUTORISATION DE DISTRIBUER 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 : \_\_\_\_\_

Période du : \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

Nom du médicament : \_\_\_\_\_

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

(Voir étiquette du pharmacien, au besoin)

Moment de l'administration (ex. : au repas, heure), si au besoin, préciser à quel moment le donner :

\_\_\_\_\_

Voie de distribution : Inhalation (pompe) : \_\_\_\_\_ Orale : \_\_\_\_\_ Peau : \_\_\_\_\_

Le médicament doit-il être réfrigéré ? : Oui : \_\_\_\_\_ Non : \_\_\_\_\_

Effets indésirables importants attendus:

\_\_\_\_\_

Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale : \_\_\_\_\_

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

Téléphone en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

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

**Prévenir l'école de tout changement et de tout renouvellement de la prescription.**