



## 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 : \_\_\_\_\_

Mon enfant est **capable** de prendre lui-même son médicament, après qu'un membre de l'équipe-école lui ait remis (**Distribution** de médicament)

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) :  Orale :  Peau :

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

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  administrer OU  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 (....) \_\_\_\_\_

