

Année Scolaire :

**Objet : Prise de médication à l'école**

À tous les parents,

Plusieurs élèves doivent prendre des médicaments durant la journée, que ce soit un simple analgésique, un antihistaminique, une médication prescrite, une pompe ou un sirop.

Afin de nous assurer que votre enfant prenne sa médication adéquatement et que sa journée se déroule bien sans que nous ayons à vous contacter, qu'il ne la perde pas ou qu'aucun autre élève n'y ait accès, la médication doit être administrée par un adulte de l'école.

Ainsi, afin d'assurer un meilleur contrôle, nous vous demandons de compléter le formulaire ci-joint et de le retourner le plus rapidement possible.

Vous comprendrez que cette initiative vise à protéger votre enfant et d'éviter que des produits médicinaux soient avalés par n'importe quel élève.

Je vous remercie de votre habituelle collaboration.

*Claudia Pinard*

Claudia Pinard  
Directrice



## MÉDICATION À L'ÉCOLE



Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Groupe : \_\_\_\_\_

Nom du médicament : \_\_\_\_\_  
(Inscrire le nom au complet et le nombre de mg)

Posologie : (Inscrire ce qui est écrit sur la prescription. Ex : Prendre un comprimé aux 12 heures pendant 7 jours)

---

---

---

**S'il vous est possible d'envoyer la médication dans son contenant original, avec la prescription de la pharmacie, cela est l'idéal.**

**Le contenant identifié sera placé sous clé dans un cabinet auquel uniquement les membres du personnel ont accès et la médication sera donnée selon les indications mentionnées.**

**Nous appellerons à la maison lorsque le contenant sera vide.**

Signature du parent : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**Commentaires ou informations supplémentaires:**

---

---

---

---