

## Formulaire d'autorisation pour l'administration de médicaments prescrits

Si l'enfant doit recevoir un médicament pendant sa présence à l'école, au service de garde ou au camp de jour, vous devez remplir et signer ce formulaire d'autorisation. Aucun médicament ne sera distribué sans cette autorisation écrite et signée.

| IDENTIFICATION                                                                                                                                                                                                                                                   |       |                                      |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------------|-------|
| Nom et prénom de l'enfant :                                                                                                                                                                                                                                      | _____ | Groupe repère :                      | _____ |
| Nom de la mère :                                                                                                                                                                                                                                                 | _____ | Date de naissance :                  | _____ |
| Nom du père :                                                                                                                                                                                                                                                    | _____ |                                      | _____ |
| Téléphone à la résidence :                                                                                                                                                                                                                                       | _____ | Téléphone au travail :               | _____ |
| Autre numéro en cas d'urgence :                                                                                                                                                                                                                                  | _____ | Nom de la personne :                 | _____ |
| MÉDICAMENT                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                      |       |
| Nom du médicament :                                                                                                                                                                                                                                              | _____ |                                      |       |
| Dosage et Forme du médicament :                                                                                                                                                                                                                                  | _____ | Moment/heure d'administration :      | _____ |
| Durée du traitement :                                                                                                                                                                                                                                            | _____ |                                      | _____ |
| Effets secondaires prévisibles, si connus :                                                                                                                                                                                                                      | _____ |                                      |       |
| Mode de conservation du médicament selon les indications du pharmacien :                                                                                                                                                                                         |       |                                      |       |
| Au réfrigérateur : _____                                                                                                                                                                                                                                         |       | À la température de la pièce : _____ |       |
| Consignes :                                                                                                                                                                                                                                                      |       |                                      |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |                                      |       |
| <input type="checkbox"/> Médicament cessé Date : _____                                                                                                                                                                                                           |       |                                      |       |
| 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 des risques sont associés à la prise de médicaments de mon enfant et que le personnel désigné ainsi que la direction d'école ne peuvent être tenus responsables des conséquences qui pourraient survenir à la suite de la prise de médicaments. |       |                                      |       |
| _____<br>Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale                                                                                                                                                                                             |       | _____<br>Date                        |       |

|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Notes :</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Les parents ont la responsabilité de fournir des consignes d'administration des médicaments claires et complètes au personnel désigné de l'école.</li><li>• Le médicament doit être présenté dans un contenant qui répond aux normes de sécurité (bouchon sécuritaire – contenant incassable).</li><li>• Le contenant doit porter l'étiquette de la pharmacie contenant les recommandations d'administration du pharmacien (copie disponible à la pharmacie).</li><li>• La dose requise pour la journée seulement doit être envoyée. (Dans le cas de prise régulière de médicaments, l'usage d'un pilulier est requis.)</li><li>• Advenant le cas où mon enfant ne prendrait plus le médicament ci-haut mentionné ou si la dose était modifiée en cours d'année, <b>vous devez en aviser l'école par écrit.</b></li></ul> |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

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

Nom du médicament : \_\_\_\_\_

Dosage : \_\_\_\_\_ Heure prescrite : \_\_\_\_\_

[illegible]

