

AUTORISATION DE DISTRIBUER OU D'ADMINISTRER UN MÉDICAMENT PRESCRIT

Votre enfant doit recevoir un médicament pendant sa présence à l'école. Nous vous demandons de remplir ce formulaire d'autorisation et nous le **retourner** dans les plus brefs délais.

AUTORISATION

Nom et prénom de l'enfant		Groupe-repère	
Date de naissance		École	
Nom de la mère		Nom du père	
Téléphone de la résidence		au travail	
Courriel			
Autre numéro en cas d'urgence et nom de la personne			
Brève description du problème de santé			

MÉDICATION

Nom du médicament			
Dosage		Heure de distribution ou d'administration	
Durée du traitement			
Effets secondaires prévisibles, si connus			
Mode de conservation du médicament selon les indications du pharmacien			

Par la présente,

Je reconnais avoir pris connaissance de la procédure de distribution ou d'administration de médicaments prescrits à l'école.

J'autorise un membre du personnel, délégué par la direction de l'école, à distribuer ou administrer le médicament prescrit à mon enfant.

Je reconnais que le personnel de l'école ne possède pas de formation médicale.

J'accepte ma responsabilité de prévenir l'école de toute modification aux indications précédentes.

Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale

Date