

FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR LA DISTRIBUTION OU L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

Nous vous demandons de compléter et de signer ce formulaire d'autorisation. Aucun médicament ne sera distribué ou administré à votre enfant sans cette autorisation écrite et signée.

IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE:

Nom et prénom de l'enfant : _____ Groupe repère : _____

Nom parent #1 : _____ ☎ rés.: _____ ☎ tr.: _____

Nom parent #2 : _____ ☎ rés.: _____ ☎ tr.: _____

COCHEZ LA SITUATION QUI CONCERNE VOTRE ENFANT :

- Mon enfant est **CAPABLE** de prendre lui-même son médicament, après qu'une personne désignée lui ait remis (**Distribution** du médicament).
- Mon enfant est **INCAPABLE** de prendre lui-même son médicament car la personne désignée doit lui administrer (**Administration** du médicament). Cette demande sera remise à l'infirmière de l'école pour évaluation.

MÉDICATION :

Nom du médicament : _____ Dosage: _____

Heure de la distribution ou administration: _____ Durée prévue du traitement: _____

Effets secondaires prévisibles, si connus : _____

Prescrit pour le problème de santé suivant : _____

Mode de conservation du médicament selon les indications du pharmacien : _____

Prescrit par Dr: _____ Date d'expiration du médicament : _____

** Si le médicament doit être distribué ou administré au besoin, spécifier le moment et les symptômes que doit avoir l'enfant pour permettre la prise du médicament : _____

AUTORISATION :

1. J'autorise la **distribution** **OU** l'**administration** du (des) médicament(s) ci-haut mentionné(s).
2. Je reconnais avoir pris connaissance de la procédure de distribution ou d'administration de médicaments à l'école.
3. J'autorise les personnes désignées par la direction de l'école ou l'infirmière, à distribuer ou administrer le médicament prescrit à mon enfant.
4. Je reconnais que le personnel de l'école et du service de garde acceptent 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

NOTES :

1. Advenant le cas où votre enfant ne prendrait plus le médicament, vous devrez en aviser l'école par écrit.
2. Advenant le cas où le dosage ou l'horaire de la prise du médicament était modifié, veuillez compléter immédiatement un nouveau formulaire d'autorisation.

REGISTRE DE DISTRIBUTION DE MÉDICAMENTS PRESCRITS

Nom de l'enfant:

Groupe:

Nom du médicament

Dosage:

Heure:

Date	Heure de distribution	Signature	Notes