



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'une personne désignée lui ait remis (**Distribution** de 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.

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 et les symptômes que doit avoir l'enfant pour permettre la prise du médicament : _____

1. Je, _____, autorise l'école à **administrer** OU **distribuer** le(s) médicament(s) ci-haut mentionné(s) par la direction de l'école ou l'infirmière 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 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 _____

Tel. de la mère (... ..) _____ Tel. du père () _____ Urgence (.... ..) _____

