

ANNEXE 1
AUTORISATION DE DISTRIBUER UN MÉDICAMENT

Le personnel de l'école pourra distribuer des médicaments à votre enfant conditionnellement à la signature et à la réception de ce formulaire.

Les renseignements inscrits par le pharmacien sur **l'étiquette** identifiant le médicament sont requis : Il importe donc de toujours remettre le contenant original identifié au nom de l'enfant.

Sur cette étiquette doivent figurer le nom de l'enfant, le nom du médecin (si médicament prescrit), le nom du médicament, la date de péremption, la posologie et la durée du traitement.

AUTORISATION DE DISTRIBUER UN MÉDICAMENT (S.V.P. Écrire en lettres moulées)

J'autorise un membre du personnel de l'école à distribuer le médicament suivant à mon enfant selon la posologie indiquée :

Posologie.

Nom de l'enfant : ___Nom___ Prénom : ___Prénom___ Classe : ___Classe___

Période du : ___Date de début___ au ___Date de fin___

Nom du médicament : ___Nom du médicament___

Posologie (dose et fréquence : _____Dose et fréquence_____
(Voir étiquette du pharmacien, au besoin)

Moment de l'administration (ex : au repas, heure), si besoin, préciser à quel moment le donner :

___Spécification si besoin___

(Au service de garde lors de journée pédagogique Oui Non

Voie de distribution : Inhalation (pompe) : Orale : Peau :

Le médicament doit-il être réfrigéré ? : Oui Non

Effets indésirables importants attendus : _____Effets indésirables s'il y a lieu_____

Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale : _____

Téléphone du parent ou du titulaire de l'autorité parentale : _____Téléphone du parent_____

Téléphone en cas d'urgence : _____Téléphone en cas d'urgence_____

Lien avec l'enfant : _____Lien avec l'enfant_____ Date : _____Date_____

PRÉVENIR L'ÉCOLE DE TOUT CHANGEMENT ET DE TOUT RENOUVELLEMENT DE LA PRESCRIPTION.
DOCUMENT DE RÉFÉRENCE DISPONIBLE AU SECRÉTARIAT.

DISTRIBUER UN MÉDICAMENT À L' ÉCOLE CONSTITUE UNE MESURE EXCEPTIONNELLE.

