

AUTORISATION DE DISTRIBUER UN MÉDICAMENT

Le personnel de l'école ne pourra distribuer de médicaments **prescrits** aux élèves que si le parent ou le titulaire de l'autorité parentale complète et signe le présent formulaire.

Précisons que la distribution de médicaments ne comporte aucune obligation pour le personnel de poser un diagnostic ou de rédiger des observations ou un rapport.

Les renseignements inscrits par le pharmacien **sur l'étiquette** identifiant le médicament font foi de l'autorisation des personnes autorisées à prescrire. 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, le nom du médicament, la date de péremption, la posologie et la durée du traitement.

Si votre enfant a besoin d'EPIPEN, veuillez compléter le formulaire approprié, disponible à l'école.

AUTORISATION

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

Nom de l'enfant : _____ **Prénom :** _____ **Groupe :** _____

Période du : _____ au : _____

Nom du médicament : _____

Posologie (dose et fréquence) : _____

(Voir l'étiquette du pharmacien au besoin) _____

Moment de l'administration : _____

Voie de distribution : Inhalation (pompe) Orale Peau

Le médicament doit-il être réfrigéré ? Oui Non

Effets indésirables importants attendus : _____

Nom du parent ou du titulaire de l'autorité parentale : _____
(en lettres carrées)

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

Nom en cas d'urgence : _____ Lien avec l'enfant : _____ Téléphone : _____

Date : _____

Prévenir l'école de tout changement et de tout renouvellement de la prescription. Merci.