



### Autorisation de distribution et d'administration de médicaments

La présente autorise les personnes désignées (enseignant, secrétaire ou autre) par la direction de l'école à distribuer ou administrer le ou les médicaments suivants à mon enfant.

#### Identification de l'élève

Nom de l'élève : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Groupe : \_\_\_\_\_

Nom du parent : \_\_\_\_\_ Téléphone : maison \_\_\_\_\_ travail / cell. : \_\_\_\_\_

#### Cochez la situation qui concerne votre enfant :

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

#### Médicaments

Nom du médicament : \_\_\_\_\_ Posologie (quantité) : \_\_\_\_\_

Moment de l'administration (heure) : \_\_\_\_\_ Durée du traitement : \_\_\_\_\_

Prescrit pour le problème de santé suivant : \_\_\_\_\_

Effets secondaires prévisibles : \_\_\_\_\_

Mode de conservation du médicament selon les indications du pharmacien : \_\_\_\_\_

(Température pièce, réfrigéré, etc.)

Date d'expiration du médicament : \_\_\_\_\_ Médecin et coordonnées : \_\_\_\_\_

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 concernant la distribution et l'administration des médicaments au recto.
3. Je reconnais que des risques sont associés à la distribution et/ou à l'administration de médicament (ex : effets secondaires, résultats imprévus, etc.) et que les personnes désignées ainsi que la Commission scolaire ne peuvent en être tenues responsables.
4. J'autorise les personnes désignées et l'infirmière scolaire à rencontrer mon enfant si nécessaire et à consulter au besoin le médecin identifié.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale

\_\_\_\_\_  
Date

\*\*\*SVP RETOURNER À LA DIRECTION DE L'ÉCOLE\*\*\*