

**AUTORISATION DE DISTRIBUER OU ADMINISTRER UN MÉDICAMENT À L'ÉCOLE (S.V.P. Écrire en lettres moulées)**

Le personnel désigné de l'école ne pourra distribuer ou administrer de médicaments aux élèves que si le parent ou le titulaire de l'autorité parentale répond à toutes les étapes citées au recto.

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

- Distribution** du médicament (capable et consentant à prendre le médicament après qu'une personne désignée lui ait remis)
- Administration** du médicament (incapable de prendre lui-même le médicament et/ou ne comprend pas la raison de la prise du médicament)

J'autorise un membre du personnel de l'école à distribuer le médicament suivant à mon enfant selon la posologie indiquée, ou à l'administrer selon les directives de l'infirmières de l'école :

**Identification de l'élève**

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Groupe/Classe : \_\_\_\_\_

Nom du parent ou tuteur : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Tél : maison \_\_\_\_\_ travail/cell. \_\_\_\_\_

**Médicament**

Nom du médicament : \_\_\_\_\_

Prescrit pour les raison de santé suivante : \_\_\_\_\_

Effets secondaires possibles : \_\_\_\_\_

Dose: \_\_\_\_\_ Moment de l'administration (heure) : \_\_\_\_\_

Voie de distribution :  Orale  Inhalation (pompe)  Autre \_\_\_\_\_ Date d'expiration du médicament : \_\_\_\_\_

Le médicament doit-il être réfrigéré ?  Non  Oui

Coordonnées du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Coordonnées de la pharmacie : \_\_\_\_\_

**Administration** : Préciser à quel moment le médicament doit être débuté afin que l'infirmière de l'école procède à l'évaluation de la demande et émette ses directives : \_\_\_\_\_

**\*\*Si toutefois le médicament doit être distribué ou administré au besoin, indiquer 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. Par cette autorisation, je dégage les personnes désignées à l'administration ainsi que la commission scolaire de toute responsabilité pouvant découler des interventions demandées ou de tout effet secondaire ou résultat imprévu.
4. J'autorise les personnes désignées et l'infirmière scolaire à rencontrer mon enfant si nécessaire et à consulter au besoin le pharmacien ou le médecin identifié.

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

**RÉSERVÉ À LA DIRECTION DE L'ÉCOLE**

Personnes désignées :

Signature :

Date :