

## FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR LA DISTRIBUTION OU L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

*Nous vous demandons de compléter et de signer ce formulaire d'autorisation. Aucun médicament ne sera distribué ou administré à votre enfant sans cette autorisation écrite et signée.*

### IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE:

Nom et prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Groupe repère : \_\_\_\_\_

Nom parent #1 : \_\_\_\_\_ ☎ rés.: \_\_\_\_\_ ☎ tr.: \_\_\_\_\_

Nom parent #2 : \_\_\_\_\_ ☎ rés.: \_\_\_\_\_ ☎ tr.: \_\_\_\_\_

### COCHEZ LA SITUATION QUI CONCERNE VOTRE ENFANT :

- Mon enfant est **CAPABLE** de prendre lui-même son médicament, après qu'une personne désignée lui ait remis (**Distribution** du 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.

### MÉDICATION :

Nom du médicament : \_\_\_\_\_ Dosage: \_\_\_\_\_

Heure de la distribution ou administration: \_\_\_\_\_ Durée prévue du traitement: \_\_\_\_\_

Effets secondaires prévisibles, si connus : \_\_\_\_\_

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

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

Prescrit par Dr: \_\_\_\_\_ Date d'expiration du médicament : \_\_\_\_\_

\*\* 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 de distribution ou d'administration de médicaments à l'école.
3. J'autorise les personnes désignées par la direction de l'école ou l'infirmière, à distribuer ou administrer le médicament prescrit à mon enfant.
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

### NOTES :

1. Advenant le cas où votre enfant ne prendrait plus le médicament, vous devrez en aviser l'école par écrit.
2. Advenant le cas où le dosage ou l'horaire de la prise du médicament était modifié, veuillez compléter immédiatement un nouveau formulaire d'autorisation.

# REGISTRE DE DISTRIBUTION DE MÉDICAMENTS PRESCRITS

Nom de l'enfant:

Groupe:

Nom du médicament

Dosage:

Heure:

Date	Heure de distribution	Signature	Notes