AUTORISATION DE DISTRIBUTION ET D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS PRESCRITS

- Le personnel de l'école ne pourra distribuer et administrer de médicaments **prescrits** à l'élève que si le titulaire de l'autorité parentale complète et signe le présent formulaire.

- La distribution et l'administration de médicaments ne comportent aucune obligation pour le personnel de l'école de poser un diagnostic ou de rédiger des observations ou un rapport.

- Par la signature du présent formulaire, le parent ou le titulaire de l'autorité parentale dégage les personnes qui distribuent et administrent le médicament à l'enfant de toute responsabilité.

- Le médicament doit être apporté dans son **contenant d'origine** et être bien identifié. Le contenant doit porter l'**étiquette originale** de la pharmacie où doivent figurer le nom de l'enfant, le nom du médecin, le nom du médicament, la date d'expiration, la posologie et la durée du traitement.

- Si l'enfant a besoin d'EPIPEN, veuillez compléter le formulaire approprié.

AUTORISATION DE DISTRIBUER ET D'ADMINISTRER UN MÉDICAMENT PRESCRIT

J'autorise les membres du personnel de l'école à distribuer et administrer le médicament suivant à mon enfant, selon la posologie indiquée :

Prénom et nom de l'enfant : _____ Classe : _____

Nom du médicament : _____

Date de début du traitement : _____ Date de fin : _____

Posologie (dose et fréquence) : _____

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

_____

Voie de distribution (inhalation (pompe), orale, peau) : _____

Le médicament doit-il être réfrigéré ? Oui ☐ Non ☐

Effets secondaires importants attendus : _____

Signature du titulaire de l'autorité parentale : _____

Lien avec l'enfant : _____ Date : _____

No de tél. en cas d'urgence : _____

COMMISSION SCOLAIRE MARGUERITE-BOURGEOYS

REGISTRE DE DISTRIBUTION ET D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS PRESCRITS

Nom de l'enfant :	*Nom du médicament :*
Posologie (dose et fréquence) :	**Commentaires :**
Début de traitement :	**Fin de traitement :**

date	heure	Dose distribuée et/ou administrée	*Signature* – personne qui a distribué et/ou administré le médicament

COMMISSION SCOLAIRE MARGUERITE-BOURGEOYS

REGISTRE DE DISTRIBUTION ET D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS PRESCRITS

Nom de l'enfant :	*Nom du médicament :*
Posologie (dose et fréquence) :	**Commentaires :**
Début de traitement :	**Fin de traitement :**

DATE	Heure AM	Dose distribuée et/ou administrée	*Signature* - personne qui a distribué et/ou administré le médicament	Heure DÎNER	Dose distribuée et/ou administrée	*Signature* - personne qui a distribué et/ou administré le médicament	Heure PM	Dose distribuée et/ou administrée	*Signature* - personne qui a distribué et/ou administré le médicament