* 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 remis par l’infirmière de l’école ou veuillez signer le formulaire urgence-santé remis par l’école.

|  |
| --- |
| **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 : |