**

**DISTRIBUTION ET ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS**

**AUTORISATION PARENTALE**

## Les parents ont la responsabilité de fournir des consignes d’administration des médicaments claires et complètes au personnel désigné de l’école.

**Si un formulaire d’administration des médicaments de la pharmacie (FADM) est disponible pour votre**

**enfant, bien vouloir vous assurer que les informations concordent avec cette dernière.**

### Les médicaments (y compris les médicaments en vente libre) doivent être identifiés par une **étiquette de pharmacie**.

* Nom et prénom de l’enfant;
* Nom du médicament, posologie et moment de l’administration;
* Nom du prescripteur (à l’exception des médicaments en vente libre);
* Durée de traitement (si applicable) et date de péremption.

**IDENTIFICATION DE L’ENFANT**

Nom : Prénom : Date de naissance : Code permanent : Enseignant/titulaire/groupe tuteur :

Nom du parent/tuteur légal : Lien avec l’enfant :

**Médicaments remis en sachet ou regroupés (dosette ou pilulier) :**

**OUI** Préciser les heures d’administration :

**NON** Fournir les informations demandées ci-dessous **pour chaque médicament non regroupé**

## MÉDICAMENT NO 1

Nom du médicament : Date de péremption :

* Se référer au formulaire d’administration des médicaments de la pharmacie (FADM) pour la description et

les consignes à suivre. **En l’absence de FADM**, remplir la section ci-dessous :

Forme du médicament : Comprimé Liquide/sirop Crème/onguent Gouttes Suppositoire Seringue pré-préparée insuline Stylo insuline Auto-injecteur d’épinéphrine Poudre nasale (Glucagon) Autre :

Posologie (dose) : Heures d’administration/fréquence : Consignes des parents et observations à rapporter :

**Si le médicament est donné au besoin**, préciser la raison pour laquelle il doit être administré :

Durée du traitement (si applicable) du : au : Mode de conservation particulier? Non Oui, préciser :

* **Médicament cessé Date :**

**MÉDICAMENT NO 2**

Nom du médicament : Date de péremption :

* Se référer au formulaire d’administration des médicaments de la pharmacie (FADM) pour la description et

les consignes à suivre. **En l’absence de FADM**, remplir la section ci-dessous :

Forme du médicament : Comprimé Liquide/sirop Crème/onguent Gouttes Suppositoire Seringue pré-préparée insuline Stylo insuline Auto-injecteur d’épinéphrine Poudre nasale (Glucagon) Autre :

Posologie (dose) : Heures d’administration/fréquence : Consignes des parents et observations à rapporter :

**Si le médicament est donné au besoin**, préciser la raison pour laquelle il doit être administré :

Durée du traitement (si applicable) du : au : Mode de conservation particulier? Non Oui, préciser :

* **Médicament cessé Date :**

**Je reconnais que des risques sont associés à la prise de médicaments de mon enfant et que le personnel désigné ainsi que la direction d’école ne peuvent en être tenus responsables des conséquences qui pourraient survenir à la suite de la prise de médicaments.**

**J’informerai l’école de toutes modifications à la prescription des médicaments de mon enfant et mettrai**

**à jour ce formulaire le cas échéant.**

Signature du parent/tuteur légal :

Date :

**Mises à jour du formulaire**

Signature du parent/tuteur légal :

Date :

Signature du parent/tuteur légal :

Date :

Signature du parent/tuteur légal :

Date :