



FORMULAIRE D'AUTORISATION



Autorisation de distribuer un médicament

L'école peut distribuer des médicaments prescrits aux élèves uniquement si le parent ou le titulaire de l'autorité parentale complète et signe le présent formulaire.

Les renseignements inscrits par le pharmacien sur l'étiquette identifiant le médicament font foi de l'autorisation des personnes autorisées à prescrire. Il importe donc de toujours remettre le contenant original identifié au nom de l'enfant.

Sur cette étiquette doivent figurer le nom de l'enfant, le nom du médecin, le nom du médicament, la date de péremption, la posologie et la durée du traitement.

L'école se réserve le droit de mettre fin à la distribution du médicament si toutes les informations nécessaires ne lui sont pas transmises en conformité avec le présent formulaire.

AUTORISATION DE DISTRIBUER UN MÉDICAMENT

J'autorise l'école à distribuer le médicament suivant à mon enfant selon la posologie indiquée. J'ai pris connaissance de la présente fiche et je déclare comprendre les conséquences de cette autorisation. Je m'engage également à prévenir l'école de tout changement et de tout renouvellement de la prescription.

Nom de l'enfant :	Prénom :	Classe :
Période du :	au :	Année :
Nom du médicament :		
Posologie :	Dose : (Voir étiquette du pharmacien)	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 indésirables importants attendus : _____

Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale : _____

Tél. du parent ou du titulaire de l'autorité parentale _____

Tél. d'urgence : _____