



École
Girouard



AUTORISATION D'ADMINISTRER UN MÉDICAMENT

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

Les renseignements inscrits par le pharmacien sur **l'étiquette** identifiant le médicament indiquent les informations nécessaires au personnel de l'école. Il importe donc de toujours remettre le contenant original identifié au nom de l'enfant.

Sur cette étiquette doivent figurer : le nom complet de l'enfant, la date d'expiration du médicament, la posologie, la durée du traitement et le nom du prescripteur (généralement un médecin).

Pour que l'école puisse administrer le médicament, il est nécessaire de lui remettre le médicament et l'étiquette présentant **toutes** les informations indiquées ci-dessus ainsi que le présent formulaire. Aucune exception ne sera faite à la présente consigne.

AUTORISATION D'ADMINISTRER UN MÉDICAMENT (s.ov.p., écrire en lettres moulées)

J'autorise l'école à administrer 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 et fréquence) : _____
Voir étiquette du pharmacien

Moment de l'administration : _____
Exemple : au repas ou précisez l'heure s'il doit être administré à un autre moment dans la journée

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 : _____

Téléphone : _____ Téléphone d'urgence : _____