

- Le personnel de l'école ne pourra distribuer et administrer de médicaments <u>prescrits</u> 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 <u>contenant d'origine</u> et être bien identifié. Le contenant doit porter l'<u>étiquette originale</u> 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 \square Non \square							
Effets secondaires importants attendus :							
Signature du titulaire de l'autorité parentale :							
Lien avec l'enfant : Date :							
No de télen cas d'urgence : —————							



Nom de l'enfant :

REGISTRE DE DISTRIBUTION ET D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS PRESCRITS

Nom du médicament :

	Posologie (dose	gie (dose et fréquence) : de traitement :		Commentaires :				
Début de traitement :				Fin de traitement :				
	date	heure	Dose distribuée et/ou admi	nistrée	Signature - personne qui a distribué et/ou administré le médicament			
		ì						





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