

**Autorisation
de distribuer ou d'administrer
un médicament prescrit**

Votre enfant doit recevoir un médicament pendant sa présence à l'école. Nous vous demandons de remplir ce formulaire d'autorisation et nous le **retourner** dans les plus brefs délais.

AUTORISATION

Nom et prénom de l'enfant : _____ Groupe-repère : _____

Date de naissance : _____ École : _____

Nom de la mère : _____ Nom du père : _____

Téléphone de la résidence : _____ Téléphone au travail : _____

Courriel : _____

Autre numéro en cas d'urgence et nom de la personne : _____

Brève description du problème de santé : _____

MÉDICATION

Nom du médicament : _____

Dosage : _____ Heure de distribution ou d'administration : _____

Durée du traitement : _____

Effets secondaires prévisibles, si connus : _____

Mode de conservation du médicament selon les indications du pharmacien : _____

Par la présente,

1. Je reconnais avoir pris connaissance de la procédure de distribution ou d'administration de médicaments prescrits à l'école.
2. J'autorise un membre du personnel, délégué par la direction de l'école, à distribuer ou administrer le médicament prescrit à mon enfant.
3. Je reconnais que le personnel de l'école ne possède pas de formation médicale.
4. J'accepte ma responsabilité de prévenir l'école de toute modification aux indications précédentes.

Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale

Date