

ANNEXE I
AUTORISATION DE DISTRIBUER UN MÉDICAMENT

Le personnel de l'école pourra distribuer des médicaments à votre enfant conditionnellement à la signature et à la réception de ce 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.

Si votre enfant a besoin d'un médicament relié à une allergie sévère, vous référer aux formulaires appropriés, disponibles à l'école.

DISTRIBUER UN MÉDICAMENT À L'ÉCOLE CONSTITUE UNE MESURE EXCEPTIONNELLE

AUTORISATION DE DISTRIBUER UN MÉDICAMENT (S.V.P. Écrire en lettres moulées)

J'autorise un membre du personnel de l'école à distribuer le médicament suivant à mon enfant selon la posologie indiquée : _____

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____ Classe : _____

Période du : _____ au _____ Année: _____

Nom du médicament : _____

Posologie (dose et fréquence) : _____
(Voir étiquette du pharmacien, au besoin)

Moment de l'administration (ex.: au repas, heure), si au besoin, préciser à quel moment le donner : _____

(Au service de garde lors de journée pédagogique distribution Oui _____ Non _____)

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

Téléphone en cas d'urgence : _____

Lien avec l'enfant : _____ Date : _____

PRÉVENIR L'ÉCOLE DE TOUT CHANGEMENT ET DE TOUT RENOUVELLEMENT DE LA PRESCRIPTION.
DOCUMENT DE RÉFÉRENCE DISPONIBLE AU SECRÉTARIAT.

ANNEXE II

REGISTRE DE DISTRIBUTION DE MÉDICAMENTS PRESCRITS

NOM DE L'ENFANT :	
Nom du médicament :	Date d'exp. :
Posologie :	
Heure :	

NOM DU MÉDICAMENT	POSOLOGIE	HEURE	DATE	SIGNATURE DE L'INTERVENANT QUI A DISTRIBUÉ LE MÉDICAMENT