

(à retourner à l’école au besoin)

Demande pour distribuer ou administrer un médicament prescrit

Mon enfant doit recevoir un médicament pendant sa présence à l’école ou au service de garde et je demande au personnel désigné d'assumer cette responsabilité. Voici les informations et l'autorisation requises pour qu'il puisse procéder en toute sécurité.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICATION** | | | | | | | | |
| Nom et prénom de l’élève : |  | | | | Groupe repère : | | |  |
| Date de naissance : |  | | École : |  | | | | |
| Nom de la mère : |  | | | | | | | |
| Téléphone résidence : |  | | Téléphone travail : | | | |  | |
| Nom du père : |  | | | | | | | |
| Téléphone résidence : |  | | Téléphone travail : | | |  | | |
| Autre numéro en cas d’urgence : | |  | Nom de la personne : | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MÉDICATION** | | | | | | | | |
| Description du problème de santé : | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Nom du médicament : | |  | | | | | | |
| Dosage : |  | | | | Heure : | | |  |
| Durée du traitement : |  | | Médecin traitant : | | | | Téléphone : | |
| Effets secondaires prévisibles, si connus : | | | |  | | | | |
| Mode de conservation du médicament selon les indications du pharmacien : | | | | | |  | | |
| Aide requise : | | | | | |  | | |

Par la présente,

1. Je reconnais que le personnel de l’école et du service de garde ne possède pas de formation médicale.

2. Je m’engage à remettre le médicament dans le contenant reçu du pharmacien avec l’étiquette faisant preuve d’ordonnance, à renouveler la prescription au besoin et à reprendre le médicament dès qu’il n’est plus requis à l’école ainsi qu’à la fin de l’année scolaire. Je m’engage à assurer l’approvisionnement en médicaments en apportant celui-ci directement à l’école et ce, sans avoir recours à mon enfant comme intermédiaire.

3. Je m’engage à informer le personnel de l’école et du service de garde **par écrit** de toute modification aux indications précédentes en fournissant la nouvelle **prescription** du médecin ou l’étiquette de la pharmacie.

4. **J’autorise,** la ou les personnes désignées par la direction d’école, à distribuer ou administrer le médicament prescrit à mon enfant.

Signature du parent ou du titulaire de l’autorité parentale Date

2023-2024