

SERVICES ÉDUCATIFS
BUREAU DES SERVICES ÉDUCATIFS COMPLÉMENTAIRES

IMPORTANT : Veuillez enregistrer le formulaire sur votre ordinateur avant de le remplir avec Adobe Reader ou à la main.
La version « papier » doit être remplie en caractères d'imprimerie.

Établissement :	Année scolaire :
-----------------	------------------

L'école peut administrer ou distribuer des médicaments prescrits à l'élève, uniquement si le titulaire de l'autorité parentale complète et signe le présent formulaire.

Il est nécessaire de toujours transmettre le contenant et le contenu originaux du médicament puisque sur l'étiquette sont inscrits, par le pharmacien, le nom de l'enfant, le nom du médecin, le nom du médicament, la date de péremption, la posologie ainsi que la durée du traitement.

L'école se réserve le droit de mettre fin à l'administration ou la distribution d'un médicament si toutes les informations nécessaires ne lui sont pas transmises en conformité avec le présent formulaire.

Nom et prénom de l'enfant : _____	Classe : _____	
<input type="checkbox"/> Mon enfant est capable de prendre lui-même son médicament, après qu'un membre de l'équipe-école lui ait remis (Distribution de médicament) Cette demande pourrait être remise à l'infirmière pour évaluation notamment dans le cas où le médicament doit être coupé, écrasé ou autrement manipulé.		
<input type="checkbox"/> Mon enfant est incapable de prendre lui-même son médicament car le membre de l'équipe-école doit lui administrer (Administration du médicament). Cette demande sera remise à l'infirmière de l'école pour évaluation.		
Nom du médicament : _____	Durée du traitement : _____	
Posologie (dose et fréquence) : _____ (Voir étiquette du pharmacien) :		
Moment de l'administration : _____		
Voie de distribution : <input type="checkbox"/> Inhalation (pompe) <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Peau		
Le médicament doit-il être réfrigéré ? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Effets indésirables importants attendus : _____		
** Si le médicament doit être distribué ou administré au besoin, spécifier le moment et les symptômes que doit avoir l'enfant pour permettre la prise du médicament : _____		
1. Je, _____, autorise l'école à <input type="checkbox"/> administrer OU <input type="checkbox"/> distribuer le(s) médicaments ci-haut mentionnée(s) à mon enfant.		
2. J'ai pris connaissance de la présente fiche et je déclare comprendre les conséquences de cette autorisation.		
3. Je m'engage également à prévenir l'école par écrit de tout changement (incluant l'arrêt de médicament), et de tout renouvellement de la prescription.		
4. Je reconnais que le personnel de l'école et du service de garde accepte de distribuer ou d'administrer des médicaments à mon enfant seulement par souci de commodité, ceux-ci ne possédant pas nécessairement de formation médicale.		
_____ Signature du titulaire de l'autorité parentale	Date : _____	
Téléphone du parent 1 : _____	Téléphone du parent 2 : _____	Urgence : _____

