Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre
Québec

École des Mille-Fleurs

Formulaire d'autorisation pour la distribution de médicaments prescrits

Si l'enfant doit recevoir une médication pendant sa présence à l'école, vous devez remplir et signer ce formulaire d'autorisation. Aucun médicament ne sera distribué sans cette autorisation écrite et signée.

IDENTIFICATION

Nom et prénom de l'enfant : _____ Group repère : _____

Nom de la mère : _____ No. ass. maladie :

Nom du père : _____ _____

Téléphone à la résidence : _____ Téléphone au travail : _____

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

MÉDICATION

Nom du médicament : _____

Dosage : _____ Heure : _____

Durée du traitement : _____

Effets secondaires prévisibles, si connus : _____

Mode de conservation du médicament selon les indications du pharmacien :

Au réfrigérateur : _____ À la température de la pièce : _____

AUTORISATION

Par la présente, j'autorise un membre du personnel, délégué par la direction de l'école, à distribuer à mon enfant le médicament, tel que prescrit par le médecin.

Je reconnais que le personnel de l'école accepte de distribuer des médicaments à mon enfant seulement par souci de commodité. Je dégage l'école et la Commission scolaire Marie-Victorin de toute responsabilité résultant de la distribution à l'école de médicaments prescrits.

_____ _____

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

Note :	• Le médicament doit être présenté dans un contenant qui répond aux normes de sécurité (bouchon sécuritaire – contenant incassable) • Le contenant doit porter l'étiquette de la pharmacie (duplicata disponible à la pharmacie) • La dose requise pour la journée seulement doit être envoyée. (Dans le cas de prise régulière de médicaments, l'usage d'un pilulier est requis) • Advenant le cas où votre enfant ne prendrait plus le médicament ci-haut mentionné ou si la dose était modifiée en cours d'année, **vous devez en aviser l'école par écrit.**

REGISTRE DE DISTRIBUTION DE MÉDICAMENTS PRESCRITS

Nom de l'enfant : _____ Groupe : _____

Période du : _____ au : _____ Année : _____

Nom du médicament : _____

Dosage : _____ Heure prescrite : _____

Date	Heure de la distribution	Signature	Note