

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 du parent 1 :	Lien avec l'enfant :	
Téléphone résidence :	Téléphone travail :	
Nom du parent 2 :	Lien avec l'enfant :	
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 avoir pris connaissance des recommandations concernant la distribution ou l'administration à l'école de médicaments prescrits.
2. Je reconnais que le personnel de l'école et du service de garde ne possède pas de formation médicale.
3. 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.
4. 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.
5. **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 de l'autorité parentale

Date