

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 sont requis: 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 (si médicament prescrit), le nom du médicament, la date de péremption, la posologie et la durée du traitement.

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 :	
Régulière (heure) :	Au besoin (délais) :

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