

**Autorisation  
de distribuer ou d'administrer  
un médicament prescrit**

Votre enfant doit recevoir un médicament pendant sa présence à l'école. Nous vous demandons de remplir ce formulaire d'autorisation et nous le retourner dans les plus brefs délais.

**AUTORISATION**

Nom et prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Groupe-repère : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ École : \_\_\_\_\_

Nom de la mère : \_\_\_\_\_ Nom du père : \_\_\_\_\_

Téléphone de la résidence : \_\_\_\_\_ Téléphone au travail : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Autre numéro en cas d'urgence et nom de la personne : \_\_\_\_\_

Brève description du problème de santé : \_\_\_\_\_

**MÉDICATION**

Nom du médicament : \_\_\_\_\_

Dosage : \_\_\_\_\_ Heure de distribution ou d'administration : \_\_\_\_\_

Durée du traitement : \_\_\_\_\_

Effets secondaires prévisibles, si connus : \_\_\_\_\_

Mode de conservation du médicament selon les indications du pharmacien : \_\_\_\_\_

Par la présente,

1. Je reconnais avoir pris connaissance de la procédure de distribution ou d'administration de médicaments prescrits à l'école.
2. J'autorise un membre du personnel, délégué par la direction de l'école, à distribuer ou administrer le médicament prescrit à mon enfant.
3. Je reconnais que le personnel de l'école ne possède pas de formation médicale.
4. J'accepte ma responsabilité de prévenir l'école de toute modification aux indications précédentes.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale

\_\_\_\_\_  
Date