ÉCOLE/SERVICE DE GARDE : _____

CLASSE/GROUPE : _____

AUTORISATION DE DISTRIBUTION DE MÉDICAMENTS PRESCRITS OU NON PRESCRITS (avec libellé)

Si votre enfant a besoin de recevoir un médicament *prescrit ou non prescrit* pour un problème de santé particulier, le libellé de la pharmacie et votre autorisation sont obligatoires. Prendre note que la première dose du médicament ne sera jamais donnée à votre enfant par un intervenant de l'école.

Il est important de nous transmettre toutes les informations et de s'assurer que celles-ci soient conformes au libellé de la pharmacie. **Veuillez prendre note que votre enfant n'est pas autorisé à prendre lui-même sa médication.**

J'autorise le personnel de l'école à administrer à mon enfant _____
le médicament suivant : (Nom et prénom de l'enfant)

Nom du médicament : _____

Posologie : _____

Heure d'administration : _____

Mode d'administration : _____

Début du traitement : _____

Fin du traitement : _____

Conservation : ❒ Armoire ❒ Réfrigérateur

Signature :

_____ _____/_____/_____
Parent ou tuteur Date

c:\documents and settings\mariel.danjou\local settings\temporary internet files\content.outlook\n1xhadsb\autorisation de distribution de medicaments pr.doc

Commission scolaire des Découvreurs
Tout pour ouvrir ses horizons