

Formulaire d'autorisation pour la distribution de médicaments prescrits

Si l'enfant doit recevoir un médicament pendant sa présence à l'école, au service de garde ou au camp de jour, 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 :	_____ Groupe 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 : _____
MÉDICAMENT	
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, service de garde ou camp de jour, à distribuer à mon enfant le médicament, tel que prescrit par le médecin.	
Je reconnais que le personnel accepte de distribuer le médicament à mon enfant seulement par souci de commodité. Je dégage l'école, le service de garde ou le camp de jour de toute responsabilité résultant de la distribution de médicaments prescrits.	
_____	_____
Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale	Date

Notes :	• 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 (copie 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 (dosette) est requis.) • Advenant le cas où mon enfant ne prendrait plus le médicament ci-haut mentionné ou si la dose était modifiée vous devez nous en aviser 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