



## AUTORISATION DE DISTRIBUTION ET D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS PRESCRITS

- Le personnel de l'école ne pourra distribuer et administrer de médicaments **prescrits** à l'élève que si le titulaire de l'autorité parentale complète et signe le présent formulaire.
- La distribution et l'administration de médicaments ne comportent aucune obligation pour le personnel de l'école de poser un diagnostic ou de rédiger des observations ou un rapport.
- Par la signature du présent formulaire, le parent ou le titulaire de l'autorité parentale dégage les personnes qui distribuent et administrent le médicament à l'enfant de toute responsabilité.
- Le médicament doit être apporté dans son **contenant d'origine** et être bien identifié. Le contenant doit porter l'**étiquette originale** de la pharmacie où doivent figurer le nom de l'enfant, le nom du médecin, le nom du médicament, la date d'expiration, la posologie et la durée du traitement.
- Si l'enfant a besoin d'EPIPEN, veuillez compléter le formulaire approprié

### AUTORISATION DE DISTRIBUER ET D'ADMINISTRER UN MÉDICAMENT PRESCRIT

J'autorise les membres du personnel de l'école à distribuer et administrer le médicament suivant à mon enfant, selon la posologie indiquée :

Prénom et nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Nom du médicament : \_\_\_\_\_

Date de début du traitement : \_\_\_\_\_ Date de fin : \_\_\_\_\_

Posologie (dose et fréquence) : \_\_\_\_\_

Moment de l'administration (ex : au repas, heure), si au besoin préciser à quel moment le donner :  
\_\_\_\_\_

Voie de distribution (Inhalation (pompe), orale, peau) : \_\_\_\_\_

Le médicament doit-il être réfrigéré ? Oui  Non

Effets secondaires importants attendus : \_\_\_\_\_

Signature du titulaire de l'autorité parentale : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

No de tél. en cas d'urgence : \_\_\_\_\_



**REGISTRE DE DISTRIBUTION ET D'ADMINISTRATION**  
**DE MÉDICAMENTS PRÉSCRITS**

<b>Nom de l'enfant:</b>	<b>Nom du médicament:</b>
<b>Posologie (dose et fréquence):</b>	<b>Commentaires:</b>
<b>Début traitement:</b>	<b>Fin de traitement:</b>

<b>Date</b>	<b>Heure</b>	<b>Dose distribuée et /ou administrée</b>	<b>Signature - personne qui a distribué et/ou administré</b>



## REGISTRE DE DISTRIBUTION ET D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS PRESCRITS

<b>Nom de l'enfant:</b>	<b>Nom du médicament:</b>
<b>Posologie (dose et fréquence):</b>	<b>Commentaires:</b>
<b>Début traitement:</b>	<b>Fin de traitement:</b>

Date	Heure AM	Dose distribuée et /ou administrée	Signature - personne qui a distribué et/ou administré	Heure Dîner	Dose distribuée et /ou administrée	Signature - personne qui a distribué et/ou administré	Heure PM	Dose Distribuée et /ou administrée	Signature - personne qui a distribué et/ou administré