

Autorisation d'administrer un médicament à l'école

ANNÉE SCOLAIRE 2024-2025

À compléter seulement si un intervenant de l'école doit administrer un médicament à votre enfant.

L'École Lucien-Guilbault peut administrer des médicaments prescrits aux élèves, uniquement si le parent ou le tuteur complète et signe le présent formulaire.

Les renseignements inscrits par le pharmacien sur l'étiquette identifiant le médicament indiquent les personnes autorisées à prescrire. 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, le nom du médicament, la date de péremption, la posologie ainsi que la durée du traitement.

L'École Lucien-Guilbault se réserve le droit de mettre fin à l'administration d'un médicament si toutes les informations nécessaires ne lui sont pas transmises en conformité avec le présent formulaire.

AUTORISATION D'ADMINISTRER UN MÉDICAMENT À L'ÉCOLE

(S.V.P. écrire en lettres moulées)

- **J'autorise l'École Lucien-Guilbault à administrer à mon enfant le médicament suivant, selon la posologie indiquée.**
- **J'ai pris connaissance de la présente fiche et je déclare comprendre les conséquences de cette autorisation.**
- **Je m'engage également à prévenir l'école de tout changement et de tout renouvellement de la prescription.**

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____ Groupe : _____

Période du : _____ au : _____
(jours/mois/année) (jours/mois/année)

VOIR ÉTIQUETTE DU PHARMACIEN

Nom du médicament	Posologie		Moment *	Voie de distribution	Médicament réfrigéré	Effets indésirables importants attendus
	Dose	Fréquence				
				<input type="checkbox"/> Inhalation (pompe) <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> peau	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
				<input type="checkbox"/> Inhalation (pompe) <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> peau	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
				<input type="checkbox"/> Inhalation (pompe) <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> peau	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

* ex. : au repas ou précisez l'heure s'il doit être administré à un moment précis de la journée

Nom du parent ou du tuteur
(en lettres moulées)

Signature du parent ou du tuteur

Date (jours/mois/année)