

ÉCOLE DE COTEAU-DU-LAC
DISTRIBUTION OU ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS
Année scolaire : 2023-2024



Pavillon : Éclusière Académie St-Ignace

IDENTIFICATION

Nom de l'enfant :	Date de naissance :
Nom et prénom du parent ou tuteur 1 :	
Nom et prénom du parent ou tuteur 2 :	
Classe :	Enseignant(e) :

MÉDICATION À DISTRIBUER OU ADMINISTRER

Nom du médicament :		
Prescription/posologie (copie de la prescription médicale obligatoire) :		
À compter du :	Jusqu'au :	
Heure d'administration :	Quantité :	
Voie de distribution : Inhalation (pompe) : <input type="checkbox"/>	Orale : <input type="checkbox"/>	Peau : <input type="checkbox"/>
Le médicament doit-il être réfrigéré?	Oui : <input type="checkbox"/>	Non : <input type="checkbox"/>
Personne(s) responsable(s) de l'administration :		

AUTORISATION PARENTALE

J'autorise le personnel de l'école à administrer la médication prescrite pour mon enfant _____, selon les conditions énumérées ci-dessus.

Je m'engage à aviser PAR ÉCRIT tout changement de médication en cours d'année et à remplir un nouveau formulaire spécifiant les nouvelles modalités d'administration s'il y a lieu, sans quoi la personne ne peut modifier les conditions actuelles.

Nom du parent ou titulaire de l'autorité parentale :

Lien avec l'enfant

Signature du parent

Date

**PRÉVENIR L'ÉCOLE DE TOUT CHANGEMENT ET DE TOUT RENOUELEMENT DE LA
PRESCRIPTION**