



École Sacré-Cœur : 1228, Ch. De l'Église, St-Polycarpe ☎ : (450) 267-3454  
École Immaculée-Conception : 1485, route 340, St-Télesphore ☎ : (450) 267-3453  
École Ste-Justine : 2753, rue Ste-Anne, Ste-Justine ☎ : (450) 267-3455  
Site Internet : <https://csstl.gouv.qc.ca/val-des-pres/>

## Autorisation de distribuer un médicament prescrit

Le personnel de l'école ne pourra distribuer de médicaments prescrits aux élèves que si le parent ou le titulaire de l'autorité parentale remplit et signe le présent formulaire.

Les renseignements inscrits par le pharmacien sur l'étiquette identifiant le médicament font foi de l'autorisation des personnes autorisées à prescrire. Il est obligatoire de nous remettre le contenant original identifié au nom de votre l'enfant.

**Seuls les médicaments dans les contenants originaux et portant une étiquette d'ordonnance identifiée au nom de votre enfant seront administrés à celui-ci.**

Sur cette étiquette doivent figurer le nom et le prénom de votre enfant, le nom du médecin, le nom du médicament, la date de péremption, la posologie et la durée du traitement.

J'autorise un membre du personnel de l'école du Val-des-Prés à distribuer le médicament suivant à mon enfant selon la posologie indiquée.			
Nom et prénom (enfant) :		Groupe	
Nom du médicament :			
Posologie (dosage) :			
Fréquence (heure) :			
Durée traitement (dates) :			
Voie de distribution :	Inhalation <input type="checkbox"/> (pompe)	Orale <input type="checkbox"/>	Peau <input type="checkbox"/>
Le médicament doit-il être réfrigéré ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Effets indésirables importants attendus ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, quel (s) effet (s) ?			

Signature d'un parent responsable : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

