



**ÉCOLE BRIND'AMOUR  
DISTRIBUTION OU ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS**

Année scolaire : **2023-2024**

**IDENTIFICATION**

Nom de l'enfant :	Date de naissance :
Nom et prénom de la mère :	Classe :
Nom et prénom du père :	Enseignant(e) :

**MÉDICATION À DISTRIBUER OU ADMINISTRER**

Nom du médicament :		
Prescription/posologie ( <i>copie de la prescription médicale obligatoire</i> ) :		
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 ?	<input type="checkbox"/> Oui :	<input type="checkbox"/> Non :

**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  
RENOUVELLEMENT DE LA PRESCRIPTION**