



ÉCOLE ST-THOMAS DISTRIBUTION OU ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS



ÉCOLE : ST-THOMAS

Année scolaire : 20 - 20

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 (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
RENOUVELLEMENT DE LA PRESCRIPTION**