

ANNEXE 2

AUTORISATION DE DISTRIBUER OU D'ADMINISTRER UN MÉDICAMENT PRESCRIT

Votre enfant doit recevoir un médicament pendant sa présence à l'école. Nous vous demandons de remplir ce formulaire d'autorisation et nous le **retourner** dans les plus brefs délais.

AUTORISATION

| | | | |
|---|--|---------------|--|
| Nom et prénom de l'enfant | | Groupe-repère | |
| Date de naissance | | École | |
| Nom de la mère | | Nom du père | |
| Téléphone de la résidence | | au travail | |
| Courriel | | | |
| Autre numéro en cas d'urgence et nom de la personne | | | |
| Brève description du problème de santé | | | |

MÉDICATION

| | | | |
|--|--|---|--|
| Nom du médicament | | | |
| Dosage | | Heure de distribution ou d'administration | |
| Durée du traitement | | | |
| Effets secondaires prévisibles, si connus | | | |
| Mode de conservation du médicament selon les indications du pharmacien | | | |

Par la présente,

Je reconnais avoir pris connaissance de la procédure de distribution ou d'administration de médicaments prescrits à l'école.

J'autorise un membre du personnel, délégué par la direction de l'école, à distribuer ou administrer le médicament prescrit à mon enfant.

Je reconnais que le personnel de l'école ne possède pas de formation médicale.

J'accepte ma responsabilité de prévenir l'école de toute modification aux indications précédentes.

Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale

Date