

# Demande pour distribuer ou administrer un médicament prescrit

## Annexe 3

### IDENTIFICATION

<b>Nom et prénom de l'élève :</b>		<b>Groupe repère :</b>	
Date de naissance :		École :	
Nom du parent 1:		Lien avec l'enfant :	
Téléphone résidence :		Téléphone travail :	
Nom du parent 2 :		Lien avec l'enfant :	
Téléphone résidence :		Téléphone travail :	
Autre numéro en cas d'urgence :		Nom de la personne :	

### MÉDICATION

<b>Description du problème de santé :</b>			
Nom du médicament:			
Dosage :		Heure :	
Durée du traitement :		Médecin traitant:	Téléphone :
Effets secondaires prévisibles, si connus :			
Mode de conservation du médicament selon les indications du pharmacien :			
Aide requise :			

Par la présente,

1. Je reconnais avoir pris connaissance des recommandations concernant la distribution ou l'administration à l'école de médicaments prescrits.
2. Je reconnais que le personnel de l'école et du service de garde ne possède pas de formation médicale.
3. Je m'engage à remettre le médicament dans le contenant reçu du pharmacien avec l'étiquette faisant preuve d'ordonnance, à renouveler la prescription au besoin et à reprendre le médicament dès qu'il n'est plus requis à l'école ainsi qu'à la fin de l'année scolaire.
4. Je m'engage à informer le personnel de l'école et du service de garde **par écrit** de toute modification aux indications précédentes en fournissant la nouvelle **prescription** du médecin ou l'étiquette de la pharmacie.
5. **J'autorise**, la ou les personnes désignées par la direction d'école, à distribuer ou administrer le médicament prescrit à mon enfant.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou de l'autorité parentale

\_\_\_\_\_  
Date