

École Saint-Fabien



6500, av. de Renty
Montréal (Québec) H1M 1M4
École : (514) 596-4883
SDG : (514) 596-4888
Télécopieur : (514) 596-4886
Site Internet : www.csdm.qc.ca/st-fabien

AUTORISATION DE DISTRIBUER UN MÉDICAMENT À L'ÉCOLE

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 tel que demandé par l'agence de la santé et services sociaux.

Précisons que la distribution de médicaments ne comporte aucune obligation pour le personnel de poser un diagnostic ou de rédiger des observations ou un rapport.

Les renseignements inscrits par le pharmacien sur l'**étiquette** identifiant le médicament font foi de l'autorisation des personnes autorisées à prescrire. Il importe donc de toujours remettre le contenant original identifié au nom de l'enfant.

Sur cette étiquette doivent figurer le nom de l'enfant, le nom du médecin, le nom du médicament, la date de péremption, la posologie et la durée du traitement. Cela est aussi valable pour le Tylenol, Motrin, Aspirine, sirop, etc.

N. B. Distribuer un médicament à l'école constitue une mesure exceptionnelle.

(S.V.P., écrire en caractères d'imprimerie)

J'autorise un membre du personnel de l'école à distribuer le médicament suivant à mon enfant selon la posologie indiquée :

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____ Classe : _____
Période du : _____ au : _____ Année : _____

Nom du médicament : _____
Posologie (dose et fréquence) : _____
(voir étiquette du pharmacien, au besoin)

Moment de l'administration (ex. : au repas, heure), si au besoin, préciser à quel moment le donner :

Voie de distribution : Inhalation (pompe) : _____ Orale : _____ Peau : _____

Le médicament doit-il être réfrigéré? : Oui : _____ Non : _____

Effets indésirables importants attendus: _____

Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale : _____
Téléphone du parent ou du titulaire de l'autorité parentale : _____
Téléphone en cas d'urgence : _____ Lien avec l'enfant : _____

Date : _____

Prévenir l'école de tout changement et de tout renouvellement de la prescription.



**Commission
scolaire
de Montréal**