

**OBJET : Autorisation pour distribution ou administration d'un médicament prescrit**

Madame,  
Monsieur,

Par la présente, nous voulons vous informer de la procédure exigée par l'école en regard de la distribution ou de l'administration des médicaments prescrits. Nous vous avisons que le personnel de l'école **peut exceptionnellement**, distribuer ou administrer des médicaments prescrits à votre enfant.

Pour ce faire, vous devez remplir le formulaire « **Demande de distribution ou d'administration d'un médicament prescrit dans les écoles primaires** ». Le formulaire et le médicament doivent être remis à l'adulte responsable soit au service de garde, au titulaire de la classe ou au secrétariat.

Le médicament doit être remis à l'école dans son contenant original reçu du pharmacien et accompagné de l'étiquette produite par la pharmacie. Si nécessaire, vous pouvez demander au pharmacien un deuxième contenant avec l'étiquette pour la maison. Vous devez voir au renouvellement de la prescription du médicament lorsque nécessaire. **Veillez prendre note qu'aucune distribution ou administration de médicaments prescrits ne sera effectuée sans cette autorisation dûment signée.**

Nous vous demandons, si possible, de faire prescrire à votre enfant un médicament suivant une posologie de 12 ou 24 heures. Ainsi, le médicament pourrait être pris à la maison évitant ainsi les risques d'omission ou de transport du médicament. Si ce n'est pas possible, s.v.p. le faire prescrire au 8 heures.

Par cette procédure, nous voulons que les médicaments **prescrits seulement** soient disponibles à l'école et remis à votre enfant de façon sécuritaire.

Merci de votre collaboration.

\_\_\_\_\_  
La direction de l'école

**Note : L'autorisation n'est valable que pour l'année scolaire en cours.**



## DEMANDE DE DISTRIBUTION OU D'ADMINISTRATION D'UN MÉDICAMENT PRESCRIT DANS LES ÉCOLES PRIMAIRES (MESURE EXCEPTIONNELLE)

IDENTIFICATION	
Nom et prénom de l'élève	Groupe repère :
Date de naissance :	École
Nom de la mère :	
Téléphone résidence :	Téléphone travail :
Nom du père :	
Téléphone résidence :	Téléphone travail :
Autre numéro en cas d'urgence :	Nom de la personne :
MÉDICATION	
Description du problème de santé :	
Nom du médicament :	
Dosage :	Heure :
Durée du traitement :	
Médecin traitant :	Téléphone :
Effets secondaires prévisibles, si connus :	
<b>Mode de conservation</b> du médicament selon les indications du pharmacien :	
Aide requise :	
Autres informations pertinentes :	

**Cette autorisation n'est valable que pour l'année scolaire en cours.**

J'autorise un membre du personnel de l'école à administrer ce médicament à mon enfant. Ces informations seront transmises à l'infirmière de l'école (du CLSC) au besoin.

\_\_\_\_\_  
Signature de l'autorité parentale

\_\_\_\_\_  
Date