

## AUTORISATION DE DISTRIBUER UN MÉDICAMENT

École : \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Cher(s) parent(s),

Le personnel de l'école pourra distribuer le ou les médicaments **prescrits** à votre enfant si vous complétez et signez le présent formulaire.

Vous devez remettre le contenant original portant l'**étiquette** préparée par le pharmacien. Le nom de l'enfant, le nom du médecin, le nom du médicament, la date de péremption, la posologie et la durée du traitement doivent figurer sur cette étiquette. Notez que tout médicament sous forme de comprimé doit être remis dans une dosette.

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.

---

### AUTORISATION DE DISTRIBUER UN MÉDICAMENT (s.v.p. écrire en lettres moulées)

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) : \_\_\_\_\_

Moment de l'administration (ex. : au repas, heure) \_\_\_\_\_

Si « au besoin », préciser à quel moment le donner : \_\_\_\_\_

Voie de distribution : Inhalation  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.**

\_\_\_\_\_  
Infirmier(ère) scolaire / School nurse

CIUSSS CO de Montréal

514- \_\_\_\_\_

## AUTHORIZATION TO DISTRIBUTE MEDICATION

School: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Dear parent(s):

School staff will be able to distribute prescription medication to your child if you fill out and sign the present form.

You must provide the medication in the original container bearing the **label** prepared by the pharmacist. The label must show the child's name, the doctor's name, the name of the medication, its expiry date, the dosage and the duration of treatment. Please be advised that pills must be prepared and stored in a single-serving pack.

Let us specify that the distribution of medication in no way entails the obligation on the part of the staff to make a diagnosis, record observation or write a report.

---

### AUTHORIZATION TO DISTRIBUTE MEDICATION (please write in block letters)

I authorize a member of the school's staff to distribute the following medication to my child according to the indicated dosage:

Child's last name: \_\_\_\_\_ First name: \_\_\_\_\_ Class: \_\_\_\_\_

From: \_\_\_\_\_ to: \_\_\_\_\_ Year: \_\_\_\_\_

Name of the medication: \_\_\_\_\_

Dosage (dose and intervals): \_\_\_\_\_

Time at which the medication must be taken (e.g.: with meals, hour of day) \_\_\_\_\_

If the medication must be taken "as needed", specify when to give it: \_\_\_\_\_

Means of distribution: Pump  Oral  Skin  Does the medication have to be refrigerated? Yes  No

Foreseeable serious adverse reactions: \_\_\_\_\_

Signature of the parent or legal guardian: \_\_\_\_\_

Telephone number of the parent or legal guardian: \_\_\_\_\_

Telephone number in case of an emergency: \_\_\_\_\_

Relationship with the child: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Inform the school whenever the prescription is changed or refilled.**

\_\_\_\_\_  
Infirmier(ère) scolaire / School nurse  
CIUSSS CO de Montréal  
514- \_\_\_\_\_