



L'Académie
Louis Pasteur

Nom de l'élève : _____

Groupe : _____

Autorisation de distribuer ou d'administrer un médicament

Le personnel de l'école ne pourra distribuer de médicaments prescrits aux élèves que si le parent ou le titulaire de l'autorité parentale complète et signe le présent formulaire.

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.

Si votre enfant a besoin d'EPIPEN, veuillez remplir le formulaire approprié, disponible à l'école.

AUTORISATION DE DISTRIBUER OU D'ADMINISTRER UN MÉDICAMENT (S.V.P. Ecrire en lettres mouleées)

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 (pompe) : | | Orale : | | Peau : | |
| | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| Le médicament doit-il être réfrigéré ? | | Oui : | | Non : | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | |
| 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