



**Annexe**

**Autorisation de distribuer ou d'administrer un médicament prescrit**

Votre enfant doit recevoir un médicament pendant sa présence à l'école. Nous vous demandons de remplir ce formulaire d'autorisation et de nous le retourner dans les plus brefs délais.

**AUTORISATION**

Nom et prénom de l'enfant		Groupe repère	
Date de naissance		École	Saint-Mathieu
Nom de la mère		Nom du père	
Téléphone à la résidence		Au travail	
Courriel			
Autre numéro d'urgence et nom de la personne			
Brève description du médicament selon les indications du pharmacien			

**MÉDICATION**

Nom du médicament			
Dosage		Heure de distribution	
Durée du traitement			
Effets secondaires prévisibles, si connus			
Mode de conservation du médicament selon les indications du pharmacien			

Par la présente,

1. Je reconnais avoir pris connaissance de la procédure de distribution ou d'administration de médicaments prescrits à l'école;
2. J'autorise un membre du personnel, délégué par la direction de l'école, à distribuer ou administrer le médicament prescrit à mon enfant;
3. Je reconnais que le personne de l'école ne possède pas de formation médicale;
4. J'accepte ma responsabilité de prévenir l'école de toute modification aux indications précédentes.

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

\_\_\_\_\_  
Date