



**École du Grand-Chêne**  
5080, rue de Savoie  
Pierrefonds (Québec) H8Z 1C2  
**Téléphone** : 514 855-4210  
**Fax** : 514-683-9406  
[www.csmb.qc.ca/dugrandchene](http://www.csmb.qc.ca/dugrandchene)



«Devenir Grandir Construire»

## AUTORISATION DE DISTRIBUER UN MÉDICAMENT

Chers parents,

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.

Précisions 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 ont 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.

---

### 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 : \_\_\_\_\_ Groupe : \_\_\_\_\_

Période du : \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

Nom du médicament : \_\_\_\_\_

Posologie (dose de fréquence) : \_\_\_\_\_

(voir étiquette du pharmacien, au besoin)

Moment de l'administration : \_\_\_\_\_

(ex. au repas, heure) 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 d'un parent : \_\_\_\_\_

Téléphone en cas d'urgence : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

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