

ANNEXE I

MODÈLE D'INFORMATION À TRANSMETTRE AUX PARENTS OU AU TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE

NOTE

| | |
|-------------------|--|
| Destinataires | Parents ou titulaire de l'autorité parentale |
| Expéditeur(trice) | Directrice, directeur de l'école |
| Date | |
| Objet | Distribution ou administration de médicaments prescrits à l'école |

Madame, Monsieur,

La présente est pour vous aviser que le personnel de l'école peut de façon exceptionnelle et selon la procédure établie, distribuer ou administrer des médicaments prescrits à votre enfant.

Pour ce faire, vous devez obligatoirement remplir le formulaire «Autorisation de distribuer ou d'administrer un médicament prescrit» lorsque votre enfant, fréquentant une école de la Commission scolaire des Patriotes, doit recevoir un médicament à l'école. Le formulaire et le médicament doivent être remis à la secrétaire de l'école.

Le médicament doit être remis dans un contenant reçu du pharmacien avec l'étiquette faisant preuve d'ordonnance. Vous devez voir au **renouvellement** de la prescription du médicament lorsque nécessaire.

Nous vous rappelons que distribuer ou administrer un médicament à l'école demeure une mesure exceptionnelle. Pour éviter de devoir le faire, nous vous demandons, lorsque possible, de faire prescrire à votre enfant un médicament à effet prolongé. Ainsi, le médicament pourrait être pris à la maison évitant les risques d'omission ou ceux liés au transport du médicament

Merci de votre collaboration.

La directrice, le directeur de l'école

p.j. : Formulaire «Autorisation de distribuer ou administrer un médicament prescrit».

ANNEXE I

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 nous le **retourner** dans les plus brefs délais.

AUTORISATION

| | | | |
|---|--|---------------|--|
| Nom et prénom de l'enfant | | Groupe-repère | |
| Date de naissance | | École | |
| Nom de la mère | | Nom du père | |
| Téléphone de la résidence | | au travail | |
| Courriel | | | |
| Autre numéro en cas d'urgence et nom de la personne | | | |
| Brève description du problème de santé | | | |

MÉDICATION

| | | | |
|--|--|---|--|
| Nom du médicament | | | |
| Dosage | | Heure de distribution ou d'administration | |
| 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 personnel 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

