

**DEMANDE ET PROCÉDURES  
D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS NON-PRESCRITS**

Nom de l'élève : \_\_\_\_\_ École : \_\_\_\_\_

Année d'étude : \_\_\_\_\_ Enseignant titulaire : \_\_\_\_\_

1. Nom ou type de médicament non-prescrit : \_\_\_\_\_

2. Posologie : \_\_\_\_\_

3. Description du médicament non-prescrit (pilule, liquide, couleur, grosseur, forme) :  
\_\_\_\_\_

4. Méthode d'administration du médicament non-prescrit (administrer par voie orale avec une cuillère, mélanger à des aliments,...) : \_\_\_\_\_

5. Période d'administration du médicament non-prescrit (maximum de cinq (5) jours ouvrables) : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

**Autorisation d'un parent/tuteur**

Par la présente, j'autorise l'école précitée à administrer à mon enfant le médicament non-prescrit nommé dans ce formulaire et ce, pour une période maximale de cinq (5) jours ouvrables. Je fais cette demande sachant que le personnel de l'école n'est pas formé pour l'administration de médicaments. Je m'engage à informer la direction de tout changement dans l'administration de ce médicament non-prescrit. Une fois que la période d'administration de ce médicament est échu, un nouveau formulaire d'autorisation et de demande doit être rempli et remis à la direction. De plus, je m'engage à assurer le transport sécuritaire de ce médicament entre mon domicile et l'école.

Par la présente, je dégage la direction, ou les personnes désignées, et le Conseil des écoles publiques de l'Est de l'Ontario (CEPEO) de toute responsabilité quant aux effets secondaires négatifs résultant de l'administration d'un médicament non-prescrit conformément aux énoncés précités, y compris tout effet négatif aux facultés mentales, et j'accepte d'indemniser et de ne pas tenir à couvert la direction, ou les personnes désignées, et le CEPEO, advenant une réclamation suite à l'administration de ce médicament non-prescrit. J'ai lu la politique du CEPEO – ELE03\_Santé et sécurité des élèves sur l'administration des médicaments et j'accepte de m'y conformer.

Nom du parent/tuteur :	
Signature du parent/tuteur :	
Date :	
Signature de la direction :	
Date :	