

**AUTORISATION ET DEMANDE
POUR L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS PRESCRITS**

Autorisation des parents/tuteurs

Veillez s.v.p. remplir le présent formulaire en lettres moulées puis remettre l'original signé à la direction de l'école de votre enfant au moment qui convient. Si l'enfant souffre d'un problème de santé grave et continu (y compris, sans s'y limiter, une allergie grave constituant un danger de mort, le diabète, l'épilepsie, une maladie cardiaque, l'asthme), le présent consentement se termine à la fin de l'année scolaire. Veuillez également vous assurer d'informer la direction si les instructions qui suivent changent ou ne sont plus valides.

Par la présente, j'autorise l'école sous-mentionnée à administrer à mon enfant le médicament nommé dans ce formulaire, tel que prescrit par le médecin (voir l'annexe A). Je fais cette demande sachant que le personnel de l'école n'est pas formé pour l'administration de médicaments. Les parents/tuteurs doivent informer la direction de tout changement dans l'administration de ce médicament. Dès lors, 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 et à ma demande, je reconnais que la direction, ou une personne désignée, a reçu l'autorisation d'administrer :

Le médicament prescrit : _____

Date de naissance : _____ Année d'études : _____

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 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. J'ai reçu une copie de la politique du CEPEO - ELE03_ *Santé et sécurité des élèves* et j'accepte de m'y conformer.

Nom d'un parent/tuteur

Signature d'un parent/tuteur

Date

* Si vous êtes un parent d'accueil, vous devez obtenir la signature d'un représentant de la Société de l'aide à l'enfance (SAE).



DÉCLARATION DU MÉDECIN

Nom de l'élève : _____ Date de naissance : _____
Adresse : _____ No de tél. : _____
École : _____ Année d'étude : _____ Enseignant(e) : _____

Déclaration du médecin

1. Nom ou type de médicament : _____
2. Posologie : _____
3. Fréquence (heures où le médicament doit être administré) : _____
4. Durée (pendant une semaine, un mois ou période continue). (Il faut jeter tous les médicaments non réclamés à la fin de l'année scolaire. Chaque autorisation doit être renouvelée au mois de septembre de chaque année.) :

5. Réactions possibles au médicament (symptômes, effets secondaires, symptômes de toxicité) :

6. Mesures à prendre en cas de danger ou de réaction négative :

7. Description du médicament (pilule, liquide, couleur, etc.) :

8. a) Quantité maximale du médicament à conserver à l'école :

b) Durée maximale de l'entreposage (date d'expiration) :

9. Renseignements supplémentaires, si nécessaires, sur l'entreposage ou l'administration de ce médicament (autres médicaments non prescrits ou aliments contre-indiqués). :

Signature du médecin

Adresse

N° de tél.

Date

(English on reverse side)