

AUTORISATION DE DISTRIBUER OU D'ADMINISTRER UN MÉDICAMENT PRESCRIT

Votre enfant doit recevoir un médicament pendant sa présence dans l'établissement. 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 : _____

Date de naissance : _____ École : _____

Nom de la mère : _____ Nom du père : _____

Téléphone de la résidence : _____ Téléphone au travail : _____

Courriel : _____

Nom et téléphone en cas d'urgence : _____

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 : _____

Modes de conservation du médicament selon les indications du pharmacien : _____

1. J'autorise un membre du personnel, délégué par la direction de l'établissement, à distribuer ou à administrer le médicament prescrit à mon enfant.
2. Je reconnais que le personnel de l'établissement ne possède pas de formation médicale.
3. J'accepte ma responsabilité de prévenir l'établissement de toute modification aux indications précédentes.

Signature

Date