



École des Cinq-Continents

Autorisation de distribuer un médicament à l'école

Nom _____ Prénom : _____ Classe : _____
(Nom de l'enfant)

J'autorise un membre du personnel de l'école à distribuer le médicament suivant à mon enfant selon la posologie indiquée :

Nom du médicament : _____

Posologie (dose et fréquence): _____

Heure : _____

Si «au besoin», préciser à quel moment le donner : _____

Voie de distribution : Inhalation (pompe) : _____ Orale : _____ Peau (crème ou onguent) : _____

Le médicament doit-il être réfrigéré ? Oui Non

Médicament à donner du : _____ au _____
Date

Informations validées sur l'étiquette du flacon (obligatoire)

Effets secondaires: _____

Signature du titulaire de l'autorité parentale : _____

Téléphone du titulaire de l'autorité parentale : (____) _____

Téléphone en cas d'urgence : (____) _____

Lien avec l'enfant : _____

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

Réserver à l'école

Distribuer le médicament : en classe au service de garde

Le médicament est conservé : _____