



## AUTORISATION POUR LA DISTRIBUTION DE MÉDICAMENTS

No dossier \_\_\_\_\_

Nom, prénom \_\_\_\_\_

SDG seulement

Date de naissance : \_\_\_\_\_

École

Adresse : \_\_\_\_\_

No. tél. : ( ) \_\_\_\_\_

École : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

**Toute médication doit être identifiée par un code de prescription médicale et les renseignements suivants doivent apparaître sur le contenant : le nom de la personne, le nom du médicament, la posologie, la date d'expiration et le nom du médecin qui a fait la prescription.**

Je, \_\_\_\_\_, responsable de \_\_\_\_\_  
(titulaire de l'autorité parentale) (nom de l'élève)

autorise la direction de l'école ou son représentant à cette école, lequel peut être un membre du personnel, du service de garde ou tout autre intervenant se trouvant à l'école, à distribuer les médicaments suivants :

Nom du médicament						
Prescrit par :						
Raison de distribution :						
Période de distribution :						
Du _____ au _____						
Dose :						
Heure :						
Réfrigération :	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Prise lors de journée pédagogique :	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Effets secondaires connus :						
Signature du titulaire de l'autorité parentale :						
Date :						