



**Commission
scolaire
de Montréal**

**École St-François-Solano
3580 rue Dandurand
Montréal, Québec
H1X 1N6
Tél : (514) 596-4966
Télécopieur : (514) 596-4774**

Madame, Monsieur,

Il est de la plus grande importance que le personnel de l'école n'administre de médicaments aux élèves que sur l'instruction spécifique et écrite des parents ou de ceux qui en tiennent lieu.

De même, l'administration de tels médicaments ne devrait comporter aucune obligation pour le personnel de poser un diagnostic ou de rédiger des observations ou un rapport.

Aucun médicament ne peut être donné à un enfant **sans être accompagné d'une autorisation médicale écrite.**

Les renseignements inscrits par le pharmacien sur l'étiquette identifiant le médicament font foi de **l'autorisation médicale**, donc toujours exiger des parents le contenant original identifié au nom de l'enfant.

Le contenant du médicament doit, en plus, indiquer le nom de l'enfant, le nom du médicament, sa date d'expiration, la posologie et la durée du traitement.

AUTORISATION D'ADMINISTRER UN MÉDICAMENT

J'autorise le personnel de l'école ou du service de garde
à administrer le médicament suivant à mon enfant selon la posologie
indiquée :

Nom du médicament

Semaine du : _____ au : _____ Année : _____

Nom de l'enfant : _____ Groupe : _____

Durée du traitement : du : _____ au : _____

Le médicament doit-il être réfrigéré ? Oui Non

Fréquence : _____ Heure : _____

Quantité : _____

Voie d'administration : Inhalation : Orale : Peau :

Signature des parents : _____

Téléphone maison : () _____ - _____

Urgence : () _____ - _____ Lien avec l'enfant : _____

N.B : si possible joindre la fiche des effets secondaires fournie par le pharmacien

Voir verso pour la fréquence de l'administration du médicament

AUTORISATION D'ADMINISTRER UN MÉDICAMENT

NOM DU MÉDICAMENT :

Date, heure et nom de la personne qui administre le médicament.

Date : _____ **Heure :** _____ **Signature :** _____

Date : _____ **Heure :** _____ **Signature :** _____

Date : _____ **Heure :** _____ **Signature :** _____

Date : _____ **Heure :** _____ **Signature :** _____

Date : _____ **Heure :** _____ **Signature :** _____

Date : _____ **Heure :** _____ **Signature :** _____

Date : _____ **Heure :** _____ **Signature :** _____

Date : _____ **Heure :** _____ **Signature :** _____

Date : _____ **Heure :** _____ **Signature :** _____

Date : _____ **Heure :** _____ **Signature :** _____

Date : _____ **Heure :** _____ **Signature :** _____

Date : _____ **Heure :** _____ **Signature :** _____

Date : _____ **Heure :** _____ **Signature :** _____

Date : _____ **Heure :** _____ **Signature :** _____

Date : _____ **Heure :** _____ **Signature :** _____

Date : _____ **Heure :** _____ **Signature :** _____

Date : _____ **Heure :** _____ **Signature :** _____

Date : _____ **Heure :** _____ **Signature :** _____