AUTORISATION
DISTRIBUTION DE MÉDICAMENTS

ANNÉE SCOLAIRE 2023-2024

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 raison de distribution;
- ✓ la posologie;
- ✓ la date d'expiration;
- ✓ le nom du médecin qui a fait la prescription

NOM ET PRÉNOM:	
DATE DE NAISSANCE:	FICHE:
ADRESSE:	
TÉLÉPHONE:	GROUPE:

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 ou tout autre intervenant se trouvant à l'école, à distribuer le ou 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: _____

École l'Envolée • 815-16, rue Bombardier, Mascouche, QC J7K 1X9
Téléphone : (450) 492-3745 • Télécopieur : (450) 471-7784
lenvolee@csda.ca