



CONSEIL SCOLAIRE PUBLIC
DU GRAND NORD DE L'ONTARIO

PERMISSION D'ADMINISTRER DES MÉDICAMENTS

Conformément à la ligne de conduite B-001

PARTIE I À ÊTRE REMPLIE PAR LE MÉDECIN TRAITANT

_____ DATE DE NAISSANCE : _____
(Nom de l'élève)

ADRESSE : _____ ÉCOLE : _____

PAR LA PRÉSENTE, JE CERTIFIE QUE J'AI ORDONNÉ L'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS ÉNUMÉRÉS CI-DESSOUS À L'ÉLÈVE SUSMENTIONNÉ LORSQU'IL EST À L'ÉCOLE.

1. Nom du(des) médicament(s) et numéro d'ordonnance _____

Méthode d'administration seul
 avec liquide : _____
 avec solide : _____

Posologie _____ Horaire d'administration _____

2. Pendant combien de temps l'enfant doit-il prendre le(s) médicament(s)? _____

3. Doit-on administrer le(s) médicament(s) pendant les heures de classe? _____

4. Quels sont les risques ou les effets secondaires du médicament? **(Veuillez préciser le cas échéant.)**

5. Quelles sont les mesures qu'il faut prendre si l'enfant fait une réaction au médicament?

6. Précisez les allergies de l'enfant **(le cas échéant)**.

7. Directives supplémentaires **(le cas échéant) (p.ex. entreposage, conservation)**.

Nom du médecin _____

Téléphone _____

Adresse _____

Signature du médecin _____

Date _____

PERMISSION D'ADMINISTRER DES MÉDICAMENTS

Conformément à la ligne de conduite B-001

PARTIE II À ÊTRE REMPLIE PAR LE PARENT, LA TUTRICE, LE TUTEUR

PAR LA PRÉSENTE, J'AUTORISE L'ADMINISTRATION DU(DES) MÉDICAMENT(S) PRESCRIT(S) PAR LE MÉDECIN TRAITANT POUR :

Nom de l'élève _____

Date de naissance _____
Année Mois Jour

École _____

Signature du parent/de la tutrice, du tuteur

Date (année / mois / jour)

À NOTER : Les parents, tuteurs, tuteurs doivent **LAISSER LES MÉDICAMENTS DANS LES CONTENANTS ORIGINAUX** fournis par la pharmacie/le médecin. Les contenants doivent être étiquetés convenablement par la PHARMACIE/le MÉDECIN en vue d'indiquer le NOM DE L'ÉLÈVE ET LA MÉTHODE D'ADMINISTRATION.

Les médicaments seront livrés à la direction d'école ou à la personne désignée qui sera chargée de mettre les médicaments en lieu sûr.

Les parents, tuteurs, tuteurs dégagent le Conseil scolaire ainsi que ses mandataires de toute responsabilité civile découlant de l'administration du médicament et conviennent de ne pas tenter de poursuites pour tout préjudice ou toute blessure causée à l'enfant, même si ce préjudice ou cette blessure est liée directement ou indirectement à la négligence du Conseil.

La présente autorisation prend fin le 30 juin de chaque année scolaire ou dès que le médicament prescrit n'est plus nécessaire.

EN CAS D'URGENCE, PRIÈRE DE COMMUNIQUER AVEC :

Nom : _____

Téléphone : _____

Lien de parenté : _____

PARTIE III À ÊTRE REMPLIE PAR LA DIRECTION D'ÉCOLE

Personne(s) chargée(s) de surveiller/administrer les médicaments :

NOM EN LETTRES MOULÉES S.V.P.

SIGNATURE

NOM EN LETTRES MOULÉES S.V.P.

SIGNATURE

SIGNATURE DE LA DIRECTION D'ÉCOLE

DATE

Les renseignements personnels figurant sur ce formulaire sont recueillis conformément à la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée sous l'égide de la Loi sur l'éducation et seront utilisés pour fournir les soins médicaux/hospitaliers d'urgence et/ou pour communiquer avec le parent, la tutrice, le tuteur en cas d'urgence. Il faut adresser toute question touchant le présent formulaire à la directrice d'école, au directeur d'école.