

## CONFIDENTIEL

### Autorisation de distribution et d'administration de médicaments prescrits

- Le personnel de l'école ne pourra distribuer et administrer de médicaments prescrits à l'élève que si le titulaire de l'autorité parentale complète et signe le présent formulaire.
- La distribution et l'administration de médicaments ne comportent aucune obligation pour le personnel de l'école de poser un diagnostic ou de rédiger des observations ou un rapport.
- Par la signature du présent formulaire, le parent ou le titulaire de l'autorité parentale dégage les personnes qui distribuent et administrent le médicament à l'enfant de toute responsabilité.
- Le médicament doit être apporté dans son contenant d'origine et être bien identifié. Le contenant doit porter l'étiquette originale de la pharmacie où doivent figurer le nom de l'enfant, le nom du médecin, le nom du médicament, la date d'expiration, la posologie et la durée du traitement.
- Si l'enfant a besoin d'EPIPEN, veuillez compléter le formulaire approprié.

#### AUTORISATION DE DISTRIBUER ET D'ADMINISTRER UN MÉDICAMENT PRESCRIT

*J'autorise les membres du personnel de l'école à distribuer et administrer le médicament suivant à mon enfant, selon la posologie indiquée :*

Prénom et nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Nom du médicament : \_\_\_\_\_

Date de début du traitement : \_\_\_\_\_ Date de fin : \_\_\_\_\_

Posologie (dose et fréquence) : \_\_\_\_\_

Moment de l'administration (ex : au repas, heure), si au besoin préciser à quel moment le donner :  
\_\_\_\_\_

Voie de distribution (inhalation (pompe), orale, peau) : \_\_\_\_\_

Le médicament doit-il être réfrigéré ? Oui  Non

Effets secondaires importants attendus : \_\_\_\_\_

Signature du titulaire de l'autorité parentale : \_\_\_\_\_

Si l'élève a moins de 14 ans ou qu'il est âgé de 14 et plus et qu'il n'est pas apte à consentir, seul le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur peut consentir.

Si l'élève a 14 ans et plus, l'élève, le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur peut consentir. La signature du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur demeure toutefois recommandée.

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

No de tél. en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

#### Utilisation des renseignements personnels

Les renseignements recueillis sont nécessaires afin d'autoriser le personnel de l'établissement scolaire de distribuer et administrer des médicaments prescrits à l'élève. Ces renseignements seront utilisés aux seules fins décrites, sous réserve des exceptions prévues à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (la Loi). Si vous ne fournissez pas les renseignements, il se peut que le personnel de l'établissement scolaire ne soit pas en mesure de distribuer et administrer des médicaments prescrits à l'élève.

#### Confidentialité des renseignements personnels

Les renseignements personnels recueillis sont traités de façon confidentielle et accessibles seulement aux membres du personnel pour lesquels ces renseignements sont nécessaires, sous réserve des exceptions prévues à la Loi.

#### Conservation

Ces renseignements seront conservés pendant une période de 4 ans.

#### Droits d'accès et rectification

En tout temps, vous pouvez accéder au présent formulaire et faire rectifier les renseignements qui y sont contenus. À cet égard, vous pouvez en faire la demande auprès de la Responsable de l'accès à l'information à [Acces.Information@cssmb.gouv.qc.ca](mailto:Acces.Information@cssmb.gouv.qc.ca)