



école du Grand-Voilier

Hirondelles
1438, rue des Pionniers
Saint-Nicolas, Québec G7A 4L6
Tél : 834-2479
Téléc : 831-2455

St. Laurent
1460, rue des Pionniers
Saint-Nicolas, Québec G7A 4L6
Tél : 834-2480
Téléc : 831-9546

Confidentiel

ANNEXE 1

Le _____

Objet : Autorisation de distribuer des médicaments ou de
dispenser des soins de santé à un élève

Madame,
Monsieur,

Il est plutôt exceptionnel que l'école accepte de distribuer des médicaments ou de dispenser des soins de santé. Cependant, suite à l'échange que nous avons eu concernant (nom de l'élève _____) et en fonction de ses besoins, nous vous demandons de bien vouloir compléter et signer le formulaire ci-joint et de le retourner au secrétariat de l'école.

Veuillez prendre note qu'aucun soin de santé ou de distribution de médicaments ne seront effectués sans cette autorisation dûment signée.

Veuillez faire parvenir le médicament à l'école et vous assurer qu'il est dans son contenant original, sinon demandez au pharmacien de vous fournir une étiquette supplémentaire de la prescription que vous pourrez placer sur le contenant du médicament que vous apporterez.

Je vous remercie de votre compréhension et de votre collaboration.

Direction de l'école

Note : Cette autorisation n'est valable que pour une année scolaire seulement, soit jusqu'au 30 juin. L'information est accessible aux intervenants concernés.

ANNEXE 2

Confidentiel

DEMANDE DE DISTRIBUTION D'UN MÉDICAMENT OU DE SOINS DE SANTÉ DANS UN ÉTABLISSEMENT DE LA COMMISSION SCOLAIRE

Nom de l'école :	
Nom de l'élève :	Date de naissance :
Nom du titulaire de l'autorité parentale :	
Tél. résidence :	Tél. travail :

Compléter la partie 1 ou 2 du formulaire

PARTIE 1 DISTRIUTION DU MÉDICAMENT	
La présente autorise un membre du personnel (enseignant, secrétaire ou autre) désigné par la direction de l'établissement à distribuer un médicament.	
Nom du médicament :	
Nom du médecin :	
Problème de santé :	
Protocole d'administration :	
Posologie (quantité) :	
Moment de la journée :	
Durée du traitement :	
Effets secondaires prévisibles :	
Mode conservation du médicament selon le pharmacien :	
Date d'expiration du médicament, s'il y a lieu :	

Signature du parent :

dté: