

**CONFIDENTIEL**

Le \_\_\_\_\_

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

Madame,  
Monsieur,

Il est plutôt exceptionnel qu'à l'école, on accepte de distribuer des médicaments ou de dispenser des soins de santé. Cependant, suite à l'échange que nous avons eu avec \_\_\_\_\_ concernant (nom de l'élève) \_\_\_\_\_ et en fonction de ses besoins, je vous demande 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 nous apporterez.

Je vous remercie de votre compréhension et de votre collaboration.

\_\_\_\_\_  
Direction de l'établissement scolaire

Note : Cette autorisation n'est valable que pour une année scolaire seulement, soit jusqu'au 30 juin.

**CONFIDENTIEL**

**DEMANDE DE DISTRIBUTION D'UN MÉDICAMENT  
OU POUR DISPENSER DES SOINS DE SANTÉ DANS UNE ÉCOLE  
OU UN CENTRE DE FORMATION DE LA COMMISSION SCOLAIRE**

NOM DE L'ÉCOLE :	
NOM DE L'ÉLÈVE :	DATE DE NAISSANCE :
NOM DU TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE :	
TÉLÉPHONE – RÉSIDENCE :	TÉLÉPHONE – TRAVAIL :

***Compléter la partie 1 ou 2 du formulaire***

<b>PARTIE 1 – DISTRIBUTION DU MÉDICAMENT</b>	
LA PRÉSENTE AUTORISE UN MEMBRE DU PERSONNEL (ENSEIGNANT, SECRÉTAIRE OU AUTRE) DÉSIGNÉ PAR LA DIRECTION DE L'ÉCOLE OU DU CENTRE À DISTRIBUER UN MÉDICAMENT.	
PROBLÈME DE SANTÉ :	• -----
NOM DU MÉDECIN :	• -----
NOM DU MÉDICAMENT :	• -----
POSOLOGIE (QUANTITÉ) :	• -----
PROTOCOLE D'ADMINISTRATION :	• -----
MOMENT DE LA JOURNÉE :	• -----
DURÉE DU TRAITEMENT :	• -----
EFFETS SECONDAIRES PRÉVISIBLES :	• -----
MODE DE CONSERVATION DU MÉDICAMENT SELON LE PHARMACIEN :	• -----
DATE D'EXPIRATION DU MÉDICAMENT, S'IL Y A LIEU :	• -----

## PARTIE 2 – SOINS DE SANTÉ

LA PRÉSENTE AUTORISE UN MEMBRE DU PERSONNEL (ENSEIGNANT, SECRÉTAIRE OU AUTRE) DÉSIGNÉ PAR LA DIRECTION DE L'ÉCOLE OU DU CENTRE À DISPENSER LE SOIN SUIVANT :

PROBLÈME DE SANTÉ (LE DÉCRIRE) :

•

NOM DU MÉDECIN  
PRESCRIVANT LE SOIN :

•

TYPE DE SOIN :

•

PROTOCOLE DES SOINS À  
FOURNIR (DÉCRIRE LA  
FAÇON DE PROCÉDER) :

•

MOMENT DE LA JOURNÉE :

•

DURÉE DU TRAITEMENT :

•

EFFETS SECONDAIRES  
PRÉVISIBLES :

•

AUTRE INFORMATION  
PERTINENTE (EX. : CONTRE-  
INDICATIONS) :

•

## AUTORISATION

J'AUTORISE LA DISTRIBUTION DE MÉDICAMENTS PRESCRITS POUR MON ENFANT (PARTIE 1).

J'AUTORISE LES SOINS DE SANTÉ PRESCRITS POUR MON ENFANT (PARTIE 2).

J'AUTORISE AUSSI LA PERSONNE-RESSOURCE DÉSIGNÉE ET L'INFIRMIÈRE DU CENTRE LOCAL  
DES SERVICES COMMUNAUTAIRES (CLSC) À CONSULTER AU BESOIN LE MÉDECIN IDENTIFIÉ CI-HAUT.

JE DÉGAGE LE PERSONNEL ET SON EMPLOYEUR DE TOUTE RESPONSABILITÉ POUVANT DÉCOULER  
DES INTERVENTIONS DEMANDÉES OU DE TOUT EFFET SECONDAIRE OU RÉSULTAT IMPRÉVU SUITE  
À CES INTERVENTIONS.

\_\_\_\_\_  
Signature de l'autorité parentale

\_\_\_\_\_  
Date

## RÉSERVÉ AU PERSONNEL DE L'ÉCOLE

### À RETOURNER À LA DIRECTION DE L'ÉCOLE OU DU CENTRE

PERSONNE DÉSIGNÉE :

•

DATE

PERSONNE DÉSIGNÉE :

•

DATE

DIRECTION DE L'ÉCOLE OU  
DU CENTRE :

•

DATE

