

FORMULAIRE B



Conseil des
écoles publiques
de l'Est de l'Ontario

Autorisation et demande pour l'administration de médicaments prescrits

Autorisation des parents, tuteurs ou tuteurs

Par la présente, j'autorise l'école sous-mentionnée à administrer à mon enfant le médicament nommé dans ce formulaire, tel que prescrit par le médecin (voir formulaire A). Je fais cette demande sachant que le personnel de l'école n'est pas formé pour l'administration de médicaments. Les parents, tuteurs ou tuteurs doivent informer la direction de tout changement dans l'administration de ce médicament. Un nouveau formulaire d'autorisation et de demande doit être rempli et remis à la direction. De plus, je m'engage à assurer le transport sécuritaire de ce médicament entre mon domicile et l'école. Par la présente et à ma demande, je reconnais que la direction, ou une personne désignée, a reçu l'autorisation d'administrer :

Le médicament prescrit : _____

à mon fils, ma fille, mon ou ma pupille : _____

Date de naissance : _____ Année d'études : _____

École : **École élémentaire publique Carrefour Jeunesse**

Par la présente, je dégage la direction, ou les personnes désignées, et le Conseil des écoles publiques de l'Est de l'Ontario de toute responsabilité quand aux effets secondaires négatifs résultant de l'administration d'un médicament prescrit conformément aux énoncés précités, y compris tout effet négatif aux facultés mentales, et j'accepte d'indemniser et de ne pas tenir à couvert la direction, ou les personnes désignées, et le Conseil des écoles publiques de l'Est de l'Ontario, advenant une réclamation suite à l'administration de ce médicament. J'ai reçu une copie de la politique du Conseil sur l'administration des médicaments et j'accepte de m'y conformer.

Nom d'un parent, tuteur ou tuteur

Signature d'un parent, tuteur ou tuteur

Date

* Si vous êtes un parent d'accueil, vous devez obtenir la signature d'une représentante ou un représentant de la Société de l'aide à l'enfance (SAE).



Autorisation et demande pour l'administration de médicaments prescrits

(Ce formulaire doit être accompagné du formulaire B)

Nom de l'élève : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____ N° de tél. : _____

École : **École élémentaire publique Carrefour Jeunesse**

Année d'étude : _____ Enseignant(e) : _____

Déclaration du médecin

1. Nom ou type de médicament _____

2. Posologie _____

3. Fréquence (heures où le
médicament doit être administré) _____

4. Durée (pendant une semaine, un mois ou période continue). (Il faut jeter tous les médicaments non réclamés à la fin de l'année scolaire. Chaque autorisation doit être renouvelée au mois de septembre de chaque année scolaire)

Date de début : _____ **Date de fin :** _____

5. Réactions possibles au médicament (symptômes, effets secondaires, symptômes de toxicité).

6. Mesures à prendre en cas de danger ou de réaction négative.

7. Description du médicament (pilule, liquide, couleur, etc.).

8. a) Quantité maximale du médicament à conserver à l'école :

b) Durée maximale de l'entreposage (date d'expiration) :

9. Renseignements supplémentaires, si nécessaires, sur l'entreposage ou l'administration de ce médicament (autres médicaments non prescrits ou aliments contre-indiqués).

Signature du médecin Adresse N° de tél. Date

(verso)