

Enseignant(e) (degré) : _____

Groupe (service de garde) : _____

**AUTORISATION DE DISTRIBUTION DE MÉDICAMENTS
PRESCRITS OU NON PRESCRITS (AVEC LIBELLÉ)**

Si votre enfant a besoin de recevoir un médicament **prescrit ou non prescrit** pour un problème de santé particulier, le libellé de la pharmacie et votre autorisation sont obligatoires. Prendre note que la première dose du médicament ne peut être donnée à votre enfant par un intervenant de l'école.

Il est important de nous transmettre toutes les informations et de s'assurer que celles-ci soient conformes au libellé de la pharmacie.

J'autorise les intervenants de l'école à administrer le médicament suivant à mon enfant.

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT : _____

NOM DU MÉDICAMENT : _____

Posologie : _____

Heure d'administration : _____

Mode d'administration : _____

Début du traitement : _____

Fin du traitement : _____

Conservation : Armoire Réfrigérateur

SIGNATURE

Parent ou tuteur

Date