



Autorisation concernant l'utilisation d'urgence d'un autoinjecteur prescrit (Epipen® ou Allerject™)

REMARQUE : Veuillez rédiger et soumettre le document original signé au directeur de l'école de votre enfant en temps opportun. En cas de problèmes médicaux graves et continus (tels que les allergies sévères pouvant entraîner un danger de mort, le diabète, l'épilepsie, les troubles cardiaques, l'asthme), cette autorisation prendra fin le 30 juin de chaque année scolaire. Veuillez-vous assurer d'avertir le directeur en cas de changement ou d'expiration de l'ordonnance. Cette autorisation peut être annulée dès la réception d'un avis écrit par le directeur.

Nom de l'école : _____ Date : _____

Nom du directeur : _____

Cette section doit être remplie par l'allergologue ou le médecin

AVIS D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

Nom de l'élève : _____

Parent/tuteur (si l'élève a moins de 18 ans)

Téléphone (domicile) : _____ Téléphone (bureau) : _____

Adresse : _____

Courriel : _____

Nom du médecin : _____ Numéro de téléphone du médecin : _____

DÉCLARATION DU MÉDECIN CONCERNANT L'UTILISATION D'UN AUTOINJECTEUR EPIPEN® OU ALLERJECT™

Selon moi, il est nécessaire d'utiliser l'auto injecteur pendant les heures de classe lorsque des symptômes potentiellement mortels se manifestent (*voir le formulaire d'enregistrement d'un protocole en cas d'allergie pour avoir plus de renseignements*) :

1. Nom du médicament : _____

2. Posologie : _____

3. Mise en garde contre les effets secondaires notables : _____

4. Autres directives (c.-à-d. entreposage, administration) : _____

Signature du médecin : _____ Date : _____

Cette section doit être remplie par les parents

CE FORMULAIRE DOIT ÊTRE REMPLI EN TEMPS OPPORTUN, COMPRENDRE DES SIGNATURES ORIGINALES ET ÊTRE SOUMIS AU DIRECTEUR DE L'ÉCOLE.

AUTORISATION DU PARENT OU DU TUTEUR CONCERNANT L'ADMINISTRATION

La responsabilité relative à l'administration du médicament comporte certains éléments de risque. Des conséquences imprévues, y compris, sans toutefois s'y limiter, une maladie, des réactions indésirables ou d'autres complications peuvent survenir à la suite de l'administration (ou de la non-administration) de tout médicament. Ces réactions physiques sont provoquées par le médicament et peuvent se produire sans faute de la part de l'élève ou du personnel au sein d'une école outre-mer des FAC. En demandant l'administration du médicament par le personnel, et en y consentant, dans l'école outre-mer des FAC que fréquente votre enfant, vous assumez le risque d'une réaction imprévue. Il est entendu que les risques d'une telle réaction peuvent être réduits en suivant attentivement les directives fournies par le médecin ou par la pharmacie en tout temps. Si vous consentez à l'administration de médicaments à votre enfant par le personnel de l'école outre-mer des FAC, vous devez comprendre que c'est vous et non l'école outre-mer des FAC qui serez seul responsable de toute réaction physique qui pourrait se produire.

J'ai lu ce qui précède et je comprends qu'en demandant l'administration du médicament par le personnel, et en y consentant, au sein de l'école outre-mer des FAC, j'assume les risques qui y sont associés.

Nom du médicament : _____ N° d'ordonnance : _____

Le parent ou tuteur de : _____

consent par la présente à ce que les médicaments ci-dessus soient administrés à l'élève par le personnel de l'école outre-mer des FAC, selon les procédures décrites par le médecin.

Il est reconnu que les employés ou agents de l'école outre-mer des FAC n'ont pas suivi de formation médicale pour administrer des médicaments.

Signature du parent/tuteur
(ou de l'élève a 18 ans ou plus) : _____
Date : _____

AUTORISATION DU PARENT OU DU TUTEUR CONCERNANT LE CONSENTEMENT DE DIVULGATION

Je consens à ce que le personnel de l'école utilise et partage les renseignements fournis dans ce formulaire pour assurer l'éducation, la santé et la sécurité ou de mon enfant ou la mienne. Cela peut comprendre :

- L'information pertinente qu'il contient sera partagée avec les surveillants durant l'heure du dîner ou d'autres bénévoles.
- Affichage de la photographie de l'élève (physique ou électronique) à l'école afin que tout le personnel, les bénévoles et les visiteurs soient au courant de l'état de santé de l'élève.
- Toute autre circonstance nécessaire pour assurer la santé et la sécurité de votre enfant.

Signature du parent/tuteur
(ou de l'élève a 18 ans ou plus) : _____
Date : _____

AUTORISATION DU PARENT OU DU TUTEUR CONCERNANT LE CONSENTEMENT DE TRANSFERT À L'HÔPITAL

Je consens à ce que mon enfant soit transporté à l'hôpital si le personnel de l'école le juge nécessaire et, s'il le faut, un membre du personnel peut également accompagner mon enfant pendant le transport. Remarque : Le directeur décidera si une ambulance doit être appelée.

**Signature du parent/tuteur
(ou de l'élève a 18 ans ou plus) :** _____

Date : _____

Les renseignements personnels figurant sur ce formulaire sont recueillis en vertu de la *Loi sur l'éducation* et ne serviront qu'à enregistrer l'autorisation parentale pour l'autoadministration par l'élève du médicament en question. L'accès à ces renseignements sera limité à ceux qui en ont besoin pour des raisons administratives, à l'élève auquel les renseignements se rapportent et aux parents ou tuteurs d'un élève âgé de moins de 18 ans. Si vous souhaitez consulter ces renseignements ou si vous avez des questions concernant leur collecte, veuillez communiquer avec le directeur de l'école.

L'information recueillie sera protégée contre le vol, la perte et la consultation ou la communication inappropriées.

Cette section doit être remplie par le directeur.

DÉCLARATION DU DIRECTEUR D'ÉCOLE

J'ai examiné les renseignements fournis dans le présent formulaire, j'ai obtenu des clarifications au besoin et j'en accuse réception.

Signature du directeur : _____

Date : _____