



Autorisation d'administrer des médicaments par voie orale

REMARQUE : Veuillez soumettre le document original signé au directeur de l'école de votre enfant en temps opportun.

Cette autorisation prendra fin le 30 juin de chaque année scolaire ou sur avis de modification ou d'expiration de l'ordonnance.

Nom de l'école : _____ Date : _____

Nom du directeur : _____

Cette section doit être remplie par le médecin

AVIS D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS PAR VOIE ORALE

Nom de l'élève : _____

Parent/tuteur : _____
(si l'élève est âgé de moins de 18 ans)

Adresse : _____

Téléphone
(domicile) : _____

Téléphone
(bureau) : _____

Courriel : _____

DÉCLARATION DU MÉDECIN – ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS PAR VOIE ORALE PENDANT LES HEURES DE CLASSE

Nom du médecin : _____ Téléphone : _____

Selon moi, il est nécessaire que les médicaments suivants soient administrés durant les heures de classe :

1. Nom du médicament : _____ 2. Précautions d'entreposage, le cas échéant : _____

3. Posologie : _____ 4. Heure d'administration : _____

5. Directives particulières d'administration : _____

6. Durée de la prise du médicament : _____

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

Signature du médecin _____ **Date** _____

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 ou de la part de ses employés ou des agents. 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 le personnel de 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 _____
Nom de l'élève

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.

Signature du parent : _____

Cette section doit être remplie par le directeur.

La signature du directeur accuse réception du présent formulaire et des directives du médecin.

Signature du directeur _____

Date _____