

Uniquement destiné à des fins de référence. Veuillez remplir ce document en anglais et le retourner.

ÉLÈVES

09.2241 AP.21

Formulaire d'autorisation pour les médicaments sur ordonnance ou en vente libre

À REMPLIR PAR LE PERSONNEL DE L'ÉCOLE

Etablissement scolaire : _____ Date de réception du formulaire : _____

J'accuse/nous accusons réception de la déclaration du fournisseur de soins de santé et/ou de l'autorisation parentale.

Signature : _____

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

Année scolaire : _____ Classe principale/Classe : _____

À REMPLIR PAR LE PARENT/TUTEUR

Nom du médicament : _____

Raison du médicament : _____

ALLERGIES : _____

Toute AUTRE(s) condition(s) _____

Forme de médicament/traitement :

Comprimé/capsule Liquide Inhalateur Injection Nébuliseur Autres _____

Instructions (Horaire et dose à administrer à l'école) : _____

Début : Date de réception du formulaire Autre, tel que spécifié : _____

Arrêt : Fin de l'année scolaire Autre date/durée : _____

Pour événements épisodiques/d'urgence seulement

Restrictions et/ou effets importants : Aucune restriction

Oui. Veuillez décrire : _____

Exigences particulières d'entreposage : Aucune Réfrigérer Autres _____

Nom du Prestataire de soins de santé _____

Adresse : _____ Téléphone : _____ FAX _____

J'autorise _____ à recevoir à l'école les médicaments ci-dessus mentionnés, conformément à la

Nom de l'élève

politique standard de l'établissement et le dégage expressément de toute responsabilité, et renonce à toute responsabilité au nom de l'école ou de ses employés et agents concernant toute blessure ou réaction résultant de l'administration du médicament ci-dessus, à moins qu'il ne soit prouvé qu'il est le résultat d'une négligence ou d'une mauvaise conduite de la part de l'école ou de ses employés. En ce qui concerne les médicaments en cours, j'ai bien noté que j'assume la responsabilité ultime de fournir à l'école un approvisionnement adéquat en médicaments permettant au médecin ou prestataire de santé d'assurer la médication.

Date : _____ **Signature :** _____ **Parenté :** _____

Téléphone au domicile : _____ **Téléphone au travail :** _____ **Téléphone d'urgence :** _____

Uniquement destiné à des fins de référence. Veuillez remplir ce document en anglais et le retourner.

ÉLÈVES

09.2241 AP.21
(A SUIVRE)

Formulaire d'autorisation pour les médicaments sur ordonnance ou en vente libre

ORDONNANCES DU MÉDECIN OU DU FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ AUTORISÉ

pour l'auto-administration de médicaments

Cet élève est capable, responsable et a démontré qu'il s'auto-administre les médicaments ci-dessus

Oui – Non supervisé **Oui** – Supervisé **Non**, cet élève ne doit pas transporter lui-même ses médicaments

Cet élève peut transporter lui-même ce médicament : **Oui** **Non**

Remarque: l'infirmière de l'école déléguera et formera également le personnel scolaire non agréé pour donner tout médicament d'urgence.

Signature: _____ Date _____

Médecin ou fournisseur autorisé: valide uniquement pour l'année scolaire en cours

Pour les médicaments en vente libre devant être administrés plus de 3 jours consécutifs

** Les médicaments en vente libre ne peuvent être administrés au-delà de trois (3) jours consécutifs sur ordonnance délivrée par un Prestataire de soins **

Signature: _____ Date _____

Médecin ou fournisseur autorisé: valide uniquement pour l'année scolaire en cours

Il est possible qu'un formulaire électronique substantiellement équivalent puisse être utilisé par le District à la place de ce formulaire papier.

Révisé/Révisé : 27/07/2021