



## AUTORISATION DE DISTRIBUTION DE MÉDICAMENTS PRÉSCRITS

Si votre enfant a besoin de recevoir un médicament *prescrit* pour un problème de santé particulier, le libellé de la pharmacie et votre autorisation sont obligatoires.

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 le personnel de l'école à administrer à mon enfant \_\_\_\_\_  
le médicament suivant : (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 : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Téléphone jour: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_