



## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LE PLAN DE GESTION DES MÉDICAMENTS D'UN ÉLÈVE EN MILIEU SCOLAIRE

NOM DE L'ÉLÈVE : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE (J/M/A) : \_\_\_\_\_

Sexe :  Féminin  
 Masculin

NOM DU PARENT / TUTEUR #1 : \_\_\_\_\_

Tél. primaire : \_\_\_\_\_

Tél. secondaire : \_\_\_\_\_

Tél. tertiaire : \_\_\_\_\_

NOM DU PARENT / TUTEUR #2 : \_\_\_\_\_

Tél. primaire : \_\_\_\_\_

Tél. secondaire : \_\_\_\_\_

Tél. tertiaire : \_\_\_\_\_

AUTRE PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (si différente de celles indiquées ci-dessus) :

\_\_\_\_\_ LIEN AVEC L'ENFANT : \_\_\_\_\_

Tél. primaire : \_\_\_\_\_

Tél. secondaire : \_\_\_\_\_

Tél. tertiaire : \_\_\_\_\_

L'information donnée sera gardée par le personnel de l'école pour l'aider à répondre de façon appropriée aux besoins médicaux de votre enfant. Toute information contenue dans ce dossier sera protégée et utilisée selon les provisions de la *Loi d'accès à l'information et la protection de la vie privée* ainsi que selon le *Health Information Act*.

J'autorise le personnel de l'école à gérer et administrer le médicament de mon enfant selon le plan de gestion des médicaments.  (Cochez la case en guise de consentement)

Si l'enfant est atteint d'une allergie grave (ou anaphylaxie) pouvant être fatale, j'autorise le personnel de l'école à afficher le protocole d'urgence contenant les renseignements médicaux de mon enfant à un endroit stratégique (endroit seulement fréquenté par le personnel scolaire).  (Cochez la case en guise de consentement)

Les médicaments devront être dans leur contenant original avec l'étiquette de la pharmacie. **L'horaire des doses d'un médicament devrait être fait de façon à ce qu'un MINIMUM de doses soit administré à l'école puis le personnel de l'école n'administrera aucun médicament en vente libre.**

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LE PLAN DE GESTION  
DES MÉDICAMENTS D'UN ÉLÈVE EN MILIEU SCOLAIRE

**\*Ce plan ne s'applique que pour les médicaments prescrits par un médecin**

Nom du médicament #1 : \_\_\_\_\_

Période du : \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

Posologie complète : \_\_\_\_\_

Voie d'administration : Inhalation (pompe)  / Orale  / Cutanée (crème)  / Autre \_\_\_\_\_

Le médicament doit-il être réfrigéré? Oui  / Non

Effets secondaires indésirables possibles : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom du médicament #2 : \_\_\_\_\_

Période du : \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

Posologie complète : \_\_\_\_\_

Voie d'administration : Inhalation (pompe)  / Orale  / Cutanée (crème)  / Autre \_\_\_\_\_

Le médicament doit-il être réfrigéré? Oui  / Non

Effets secondaires indésirables possibles : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Parent/tuteur : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Rep. de l'école : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_