



# École Notre-Dame-des-Neiges

5309, ch. De la Côte-des-Neiges  
Montréal (Québec) H3T 1Y4  
Tél : 514-736-8120

## Autorisation de distribuer un médicament à l'école

Nom \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_  
(Nom de l'enfant)

J'autorise un membre du personnel de l'école à distribuer le médicament suivant à mon enfant selon la posologie indiquée :

Nom du médicament : \_\_\_\_\_

Posologie (dose et fréquence): \_\_\_\_\_

Heure : \_\_\_\_\_

Si «au besoin», préciser à quel moment le donner : \_\_\_\_\_

Voie de distribution : Inhalation (pompe) : \_\_\_\_\_ Orale : \_\_\_\_\_ Peau (crème ou onguent) : \_\_\_\_\_

Le médicament doit-il être réfrigéré ? Oui  Non

Médicament à donner du : \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
Date Date

Informations validées sur l'étiquette du flacon (obligatoire)

Effets secondaires: \_\_\_\_\_

**Signature du titulaire de l'autorité parentale :** \_\_\_\_\_

Téléphone du titulaire de l'autorité parentale : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Téléphone en cas d'urgence : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

### Prévenir l'école de tout changement et de tout renouvellement de la prescription

Réserver à l'école

Distribuer le médicament :  en classe  au service de garde

Le médicament est conservé : \_\_\_\_\_