

REGISTRE DE L'ÉLÈVE ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE

Les renseignements suivants doivent être fournis avant qu'un médicament puisse être administré à votre enfant. Les médicaments administrés par voie buccale seront les seuls acceptés à l'école. Aucun médicament par injection, sauf l'auto-injecteur ÉpiPen n'est accepté à l'école.

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

Classe : _____

École : _____

Nom du parent, tuteur ou tutrice : _____

J'autorise le personnel de l'école que fréquente mon enfant à administrer ou à superviser l'administration de médicaments sur ordonnance ci-dessous mentionnés.

Signature du parent, tuteur ou tutrice

Date

RENSEIGNEMENTS	
Nom du médicament :	Dose à administrer :
Fréquence et méthode d'administration :	
Instructions de rangement :	
Durée de l'administration du médicament :	
Nom du médecin :	N° de téléphone :
Effets secondaires (le cas échéant) :	

Date et heure auxquelles le médicament a été administré	Dose administrée	Nom de la personne qui a administré le médicament	Observations

Conformément à l'article 29 (2) de la *Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée*, les renseignements personnels recueillis par l'entremise de ce formulaire ont pour but d'obtenir le consentement des parents, tuteurs ou tutrices en vue l'administration de médicaments sur ordonnance à leur enfant et les renseignements pertinents sur l'administration de médicaments. Ces renseignements sont recueillis en vertu de la *Loi sur l'éducation*, L.R.O., 1990, chap. E.2 et du Règlement 133 (Loi de Sabrina de 2005), article 3. Pour toute question relative à la collecte de ces renseignements, prière de vous adresser à la direction de l'école.