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 :** _____