

## FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR LA DISTRIBUTION OU L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

Nous vous demandons de compléter et de signer ce formulaire d'autorisation. Aucun médicament ne sera distribué ou administré à votre enfant sans cette autorisation écrite et signée.

### IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom et prénom : .....

Nom parent # 1 : .....

Téléphone/cellulaire : .....

Nom parent # 2 : .....

Téléphone/cellulaire : .....

### COCHEZ LA SITUATION QUI CONCERNE VOTRE ENFANT

- Mon enfant est **CAPABLE** de prendre lui-même son médicament, après qu'une personne désignée lui ait remis (*DISTRIBUTION*).
- Mon enfant est **INCAPABLE** de prendre lui-même son médicament, car la personne désignée doit lui administrer (*ADMINISTRATION*).

### MÉDICATION

Nom du médicament : .....

Dosage : .....

Effets secondaires prévisibles, si connus : .....

### AUTORISATION

1. J'autorise la (*DISTRIBUTION*) ou l'(*ADMINISTRATION*) du médicament ci-haut mentionné.
2. J'autorise les personnes désignées par l'administration municipale à distribuer ou administrer le médicament prescrit à mon enfant.
3. Je reconnais que ces personnes désignées acceptent de distribuer ou d'administrer des médicaments à mon enfant seulement par souci de commodité, ceux-ci ne possédant pas de formation médicale.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent

\_\_\_\_\_  
Date

Advenant le cas où votre enfant ne prendrait plus de médicament, vous devrez en aviser l'administration municipale. Toute modification à la prise de médicament doit être mentionnée à l'administration municipale.