
DEMANDE D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS OU DE SOINS MÉDICAUX

Les données personnelles sur ce formulaire sont recueillies en vertu de la section 33 c) de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée (FOIP). Cette information ne sera utilisée que pour l'administration du traitement médical décrit ci-dessous. Si vous avez des questions concernant la collecte ou l'utilisation de ces données, veuillez communiquer avec le Conseil scolaire Centre-Est au 780-645-3888.

Partie A

Information de l'élève

Nom de l'élève :

Date de naissance :

Numéro d'assurance maladie de l'élève :

Établissement médical désigné/hôpital et/ou numéro de téléphone du médecin en cas d'urgence et nom du médecin :

Nom du médicament :

Dose :

Copie de la prescription

Copie de l'information pharmacologique (description et effets secondaires) fournie à l'école

Coordonnées des parents

Téléphone - Maison :

Cellulaire :

Autre personne contact en cas d'urgence

Nom :

Téléphone :

Partie B

Déclaration du parent/tuteur

En accord avec les énoncés prescrits dans la directive administrative 313 - *Administration de médicaments ou de soins médicaux*, à un étudiant par un employé du Conseil scolaire Centre-Est,

Étant le parent/tuteur de : _____, j'accepte et endosse les termes et les conditions concernant ma demande aux employés du CSCE de fournir à mon enfant les médicaments prescrits mentionnés ci-dessus sous l'autorité et la supervision du médecin nommé dans ce formulaire.

Plus précisément, je comprends et j'accepte que :

1. Je suis responsable de fournir le médicament prescrit à l'école;
2. Je suis responsable de fournir une copie de l'ordonnance et des instructions du médecin de l'enfant pour le dossier de mon enfant. Une photocopie de l'étiquette de l'ordonnance est également acceptable;
3. Les employés du CSCE ne sont pas des professionnels de la santé qualifiés et ne peuvent donc pas reconnaître les symptômes de l'état de santé de mon enfant. Je suis conscient que l'école n'a pas d'installations ni de professionnels de la santé formés parmi son personnel;
4. Les médicaments sur ordonnance fournis à l'école seront dans des contenants clairement étiquetés et portant les mentions suivantes:
 - a) le nom de mon enfant;
 - b) le nom du médecin qui a prescrit le médicament, et ;
 - c) la date d'expiration

Signature du parent/tuteur

Date :

Partie C

Demande et consentement d'administration de médicaments ou de soins médicaux

Dans la mesure où le présent formulaire concerne mon enfant,

un élève qui fréquente l'école

J'atteste que :

1. j'ai lu et compris les informations transmises dans ce formulaire de Demande d'administration de médicaments ou de soins médicaux;
2. j'accepte de me conformer aux responsabilités décrites dans la partie B ci-dessus;
3. je demande que les médicaments énumérés dans la partie A de ce formulaire soient administrés à mon enfant conformément à la prescription fournie par le médecin qui l'a prescrit.

Signature du parent/tuteur :

Date:

Signature du médecin :

Date:

Signature de la direction d'école :

Date :