

## FORMULAIRE B



### Autorisation et demande pour l'administration de médicaments prescrits

#### Autorisation des parents, tutrices ou tuteurs

Par la présente, j'autorise l'école sous-mentionnée à administrer à mon enfant le médicament nommé dans ce formulaire, tel que prescrit par le médecin (voir formulaire A). Je fais cette demande sachant que le personnel de l'école n'est pas formé pour l'administration de médicaments. Les parents, tutrices ou tuteurs doivent informer la direction de tout changement dans l'administration de ce médicament. Un nouveau formulaire d'autorisation et de demande doit être rempli et remis à la direction. De plus, je m'engage à assurer le transport sécuritaire de ce médicament entre mon domicile et l'école. Par la présente et à ma demande, je reconnais que la direction, ou une personne désignée, a reçu l'autorisation d'administrer :

Le médicament prescrit : \_\_\_\_\_

à mon fils, ma fille, mon ou ma pupille : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Année d'études : \_\_\_\_\_

École : \_\_\_\_\_

Par la présente, je dégage la direction, ou les personnes désignées, et le Conseil des écoles publiques de l'Est de l'Ontario de toute responsabilité quand aux effets secondaires négatifs résultant de l'administration d'un médicament prescrit conformément aux énoncés précités, y compris tout effet négatif aux facultés mentales, et j'accepte d'indemniser et de ne pas tenir à couvert la direction, ou les personnes désignées, et le Conseil des écoles publiques de l'Est de l'Ontario, advenant une réclamation suite à l'administration de ce médicament. J'ai reçu une copie de la politique du Conseil sur l'administration des médicaments et j'accepte de m'y conformer.

\_\_\_\_\_  
Nom d'un parent, tutrice ou tuteur

\_\_\_\_\_  
Signature d'un parent, tutrice ou tuteur

\_\_\_\_\_  
Date

\* Si vous êtes un parent d'accueil, vous devez obtenir la signature d'une représentante ou un représentant de la Société de l'aide à l'enfance (SAE).