

## Autorisation de distribution et d'administration de médicaments

La présente autorise le service médical scolaire à distribuer ou administrer le ou les médicaments suivants à mon enfant.

### Identification de l'élève

Nom de l'élève : ..... Classe : .....

Nom du représentant légal : .....

### Cochez la situation qui concerne votre enfant:

- Distribution du médicament (enfant capable de prendre lui-même son médicament après que l'infirmière scolaire le lui ait remis).
- Administration du médicament (élève incapable de prendre lui-même son médicament, l'infirmière scolaire doit le lui administrer).

### Médicaments

Nom du médicament : .....

Posologie (quantité) : .....

Moment de l'administration (horaire) : .....

Durée du traitement : .....

Avec prescription       sans prescription (.....)

Prescrit pour le problème de santé suivant : .....

### Autorisation

1. J'autorise la distribution / l'administration du (des) médicament(s) ci-haut mentionné(s).
2. Je reconnais avoir pris connaissance de la procédure concernant la distribution et l'administration des médicaments

Sofia, le .....      Signature du responsable légal .....

Validation du service médical scolaire