

PLAN DE SOINS PERSONNALISÉ DE L'ÉLÈVE ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE

Nom de l'élève : _____	Date de naissance : _____
Enseignant : _____	Année d'études : _____
	Âge : _____

CONTACTS EN CAS D'URGENCE

Nom	Lien avec l'élève	Téléphone maison	Téléphone au travail	Cellulaire

SECTION RÉSERVÉE AU PARENT/TUTEUR

INFORMATION SUR L'ADMINISTRATION DU MÉDICAMENT D'ORDONNANCE	
Nom du médecin : _____	Téléphone : _____
Adresse : _____	Ville : _____
Nom du médicament : _____	Nombre de doses administrées par jour de classe : _____
a) Problème(s) de santé pour lequel le médicament est prescrit : _____	
b) Effets secondaires possibles : _____	
c) Dose individuelle : _____	Dates d'administration : _____
d) Période d'administration : du _____ au _____	
e) Directives d'entreposage : _____	

AUTORISATION

- Je demande et donne l'autorisation à l'école d'administrer le médicament indiqué (conservé dans son contenant original) selon les procédures du Csc MonAvenir et les directives du médecin.

Nom du parent ou tuteur : _____

Signature du parent ou tuteur : _____

Date : _____

Signature de l'élève : _____

(qui a 16 ou 17 ans et qui s'est soustrait à l'autorité parentale)

Date : _____

Signature de l'élève : _____

(qui a 18 ans et plus)

Date : _____

SECTION RÉSERVÉE À L'ÉCOLE

Date de réception du consentement à l'école : _____

- **UN EXEMPLAIRE DE CE FORMULAIRE DEVRAIT ÉGALEMENT ÊTRE MIS DANS LA PLANIFICATION DE L'ENSEIGNANT POUR LE SUPPLÉANT.**
- **UN EXEMPLAIRE DE CE FORMULAIRE DEVRAIT ÊTRE EMPORTÉ LORS DES SORTIES ÉDUCATIVES.**