



## DEMANDE DE CONSENTEMENT RÉGISSANT L'ADMINISTRATION DE DE MÉDICAMENTS OU DE SOINS MÉDICAUX

Les renseignements personnels sont recueillis sous l'autorité de l'article 56, Education Act de l'Alberta et est traité conformément à l'article 33 (c) Freedom of Information and Protection of Privacy Act, R.S.A 2000, cF-25. Pour plus de renseignements, S.V.P. communiquez avec la secrétaire générale au bureau du Conseil scolaire du Nord-Ouest, au 780-624-8855 ou 1-866-624-8855.

### INFORMATION

Nom de l'élève : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie de l'élève : \_\_\_\_\_

Établissement médical désigné/hôpital / nom du médecin  
en cas d'urgence avec numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

### COORDONNÉES DU PARENT/TUTEUR

Nom du parent/tuteur) : \_\_\_\_\_

Adresse (description légale) : \_\_\_\_\_

Téléphone : Maison \_\_\_\_\_

Travail (mère) \_\_\_\_\_

Cellulaire (mère) \_\_\_\_\_

Travail (père) \_\_\_\_\_

Cellulaire (père) \_\_\_\_\_

### AUTRE PERSONNE CONTACT EN CAS D'URGENCE

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse (description légale) : \_\_\_\_\_

### DEMANDE DU PARENT

Je, \_\_\_\_\_ , autorise le personnel de l'école \_\_\_\_\_  
Nom du parent/tuteur

à administrer des soins médicaux ou des médicaments à : \_\_\_\_\_  
Nom de l'enfant

Nom du médicament à administrer

Dose

Fréquence

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

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

Je reconnais avoir lu et compris la directive administrative 313 du Conseil scolaire

Je confirme que selon le médecin, le médicament prescrit ne peut pas être pris en dehors des heures scolaires ( avant ou après l'école).

Je m'engage à remettre à l'école les médicaments prescrits par le médecin dans leur emballage d'origine avec l'étiquette de la pharmacie.

Je reconnais également et j'accepte que la direction d'école ou la personne désignée se réserve le droit de refuser d'administrer un médicament à un élève si elle ne dispose pas de l'information nécessaire qu'elle m'a demandée.

Je reconnais que le personnel de l'école n'a pas de formation médicale pour administrer des médicaments, et dégage le Conseil ainsi que ses mandataires et le personnel de l'école de toute responsabilité civile découlant de l'administration du médicament.

Je m'engage également à prévenir l'école par écrit de tout changement (incluant l'arrêt de médicament), et de tout renouvellement de la prescription.

---

**Date**

**Signature des parents/tuteurs**