

Saguenay, le 9 juillet 2025

**À l'attention des parents/tuteurs,**

**Objet : Procédure de distribution et d'administration des médicaments à l'école**

La prise de médicaments à l'école demeure une mesure exceptionnelle.  
C'est pourquoi, nous vous demandons de vérifier auprès du médecin ou du pharmacien, la possibilité que le médicament soit pris à la maison uniquement.

**Pour les enfants âgés de moins de 14 ans :**

- Le parent ou le tuteur peut remettre un médicament prescrit ou en vente libre, préparé et prêt à être administré, à la personne désignée de l'école, accompagné de l'étiquette préparée par le pharmacien ou d'un autre document indiquant l'heure et les conditions d'administration. Le titulaire de l'autorité parentale en assume alors l'entière responsabilité.
- Dans certaines situations et pour certains médicaments jugés à haut risque, l'école informera l'infirmière scolaire afin de mettre en place une procédure sécuritaire en collaboration avec vous.

**Pour les jeunes de 14 ans et plus :**

- Si le jeune est incapable de s'administrer lui-même son médicament, entrer en contact avec l'école. Celle-ci communiquera avec l'infirmière scolaire pour la mise en place d'une procédure sécuritaire en collaboration avec vous.

**Responsabilités du parent/tuteur :**

- Fournir la médication dans un contenant bien identifié au nom de l'enfant :
  - Nom du jeune;
  - Date de naissance;
  - Nom du médicament, dose, voie et heure d'administration;
  - Nom du prescripteur;
  - Durée du traitement (si applicable);
  - Date d'expiration.
- Toute médication doit être prête à administrer ou à distribuer.
- Récupérer le médicament dès qu'il n'est plus requis à l'école ou à la fin de l'année scolaire.
- **Informez l'école de tous changements dans l'état de santé de l'enfant ou concernant la médication devant être prise à l'école.**

Merci de contribuer à assurer un milieu plus sécuritaire pour tous les élèves.

L'infirmière en santé scolaire

Année scolaire : \_\_\_\_\_

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE DISTRIBUTION OU D'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS À L'ÉCOLE

*Nous vous demandons de remplir et de signer ce formulaire d'autorisation.  
Aucun médicament ne sera distribué ou administré aux enfants sans ce consentement signé.*

### SECTION A – IDENTIFICATION

Nom, prénom : \_\_\_\_\_ Groupe : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

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

### SECTION B – AUTONOMIE

- L'enfant est **CAPABLE** de prendre lui-même son médicament, mais nécessite une surveillance, une assistance (ex. : ouvrir le pilulier) ou une stimulation (ex. : lui rappeler qu'il est l'heure de prendre sa médication). (Distribution du médicament)
- L'enfant est **INCAPABLE** de prendre lui-même son médicament. La personne désignée doit lui administrer. (Administration du médicament) → **Cette demande sera automatiquement remise à l'infirmière scolaire pour évaluation.** Notez que vous devrez assumer l'administration du médicament tant que la demande ne sera pas acceptée officiellement par l'école.

### SECTION C – MÉDICATION

#### Médicament remis en sachet ou regroupés (dosette ou pilulier)

- OUI**, préciser les heures d'administration : \_\_\_\_\_
- NON**, fournir les informations demandées ci-dessous pour chaque médicament non regroupé

#### Médicament no°1 :

Nom du médicament : \_\_\_\_\_

Posologie (dose) : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Voie d'administration : \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_\_

Prescripteur : \_\_\_\_\_ Durée du traitement : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Mode de conservation (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

Consignes des parents et observations à rapporter : \_\_\_\_\_

Si le médicament est donné au besoin, préciser la raison pour laquelle il doit être administré : \_\_\_\_\_

**Médicament cessé** Date : \_\_\_\_\_

Année scolaire : \_\_\_\_\_

**Médicament no°2 :**

Nom du médicament : \_\_\_\_\_

Posologie (dose) : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Voie d'administration : \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_\_

Prescripteur : \_\_\_\_\_ Durée du traitement : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Mode de conservation (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

Consignes des parents et observations à rapporter : \_\_\_\_\_

Si le médicament est donné au besoin, préciser la raison pour laquelle il doit être administré : \_\_\_\_\_

**Médicament cessé** Date : \_\_\_\_\_

**Médicament no°3 :**

Nom du médicament : \_\_\_\_\_

Posologie (dose) : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Voie d'administration : \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_\_

Prescripteur : \_\_\_\_\_ Durée du traitement : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Mode de conservation (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

Consignes des parents et observations à rapporter : \_\_\_\_\_

Si le médicament est donné au besoin, préciser la raison pour laquelle il doit être administré : \_\_\_\_\_

**Médicament cessé** Date : \_\_\_\_\_

**Médicament no°4 :**

Nom du médicament : \_\_\_\_\_

Posologie (dose) : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Voie d'administration : \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_\_

Prescripteur : \_\_\_\_\_ Durée du traitement : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Mode de conservation (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

Consignes des parents et observations à rapporter : \_\_\_\_\_

Si le médicament est donné au besoin, préciser la raison pour laquelle il doit être administré : \_\_\_\_\_

**Médicament cessé** Date : \_\_\_\_\_

Année scolaire : \_\_\_\_\_

**Médicament no°5 :**

Nom du médicament : \_\_\_\_\_

Posologie (dose) : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Voie d'administration : \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_\_

Prescripteur : \_\_\_\_\_ Durée du traitement : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Mode de conservation (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

Consignes des parents et observations à rapporter : \_\_\_\_\_

Si le médicament est donné au besoin, préciser la raison pour laquelle il doit être administré : \_\_\_\_\_

**Médicament cessé** Date : \_\_\_\_\_

**Médicament no°6 :**

Nom du médicament : \_\_\_\_\_

Posologie (dose) : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Voie d'administration : \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_\_

Prescripteur : \_\_\_\_\_ Durée du traitement : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Mode de conservation (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

Consignes des parents et observations à rapporter : \_\_\_\_\_

Si le médicament est donné au besoin, préciser la raison pour laquelle il doit être administré : \_\_\_\_\_

**Médicament cessé** Date : \_\_\_\_\_

**SECTION D – CONSENTEMENT** (Valide pour l'année scolaire en cours)

→ J'ai pris connaissance de la procédure de distribution et d'administration des médicaments à l'école et j'autorise les personnes désignées par la direction de l'école à distribuer ou administrer le(s) médicament(s) ci-haut mentionné(s) à mon enfant.

→ Je reconnais que des risques sont associés à la distribution ou l'administration de médicament (ex. : effets secondaires) et que les personnes désignées par l'école ainsi que l'établissement scolaire ne peuvent en être tenus responsables.

→ **J'aviserai l'école de tous changements dans l'état de santé de l'enfant et dans la médication devant être prise à l'école.**

**SIGNATURE** du parent/tuteur : \_\_\_\_\_ **Date** : \_\_\_\_\_

**Mises à jour du formulaire :**

SIGNATURE du parent/tuteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

SIGNATURE du parent/tuteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_