

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

- ☐ 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