

Établissements scolaires de Pickerington

Administration de médicaments sans ordonnance

Du préscolaire à la 12e

Professeur principal : _____ Classe : _____

Nom de l'élève : _____ Date de naissance : _____

Nom du médicament : _____ Puissance : _____ Posologie : _____

Heure d'administration de médicaments : _____

Date de début du traitement : _____ Date d'arrêt du traitement : _____

Je comprends que je (le parent/tuteur) suis responsable de la fourniture et de la récupération de tous les médicaments à la clinique. Tous les médicaments qui ne sont pas récupérés à la fin de l'année scolaire seront éliminés conformément à la réglementation. Un nouveau formulaire *Administration des médicaments sans ordonnance* est demandé à chaque nouvelle année scolaire.

J'accepte :

- d'envoyer les médicaments à la clinique dans leur boîte d'origine ;
- d'expliquer à mon enfant de prendre son médicament dans la clinique ou dans un événement organisé par l'école auprès de l'infirmerie scolaire ou du personnel scolaire désigné par la politique du Comité pour administrer le médicament ;
- d'expliquer à mon enfant qu'il n'est pas autorisé à céder ou à vendre un médicament sans ordonnance à un autre élève. Toute violation de cette règle sera considérée comme une violation du Code de conduite de l'école ;
- de remplir un nouveau formulaire *Administration de médicaments sans ordonnance* si le médicament, sa posologie ou sa prise sont modifiés ;
- de prévenir par écrit si mon enfant doit arrêter son traitement. Je récupérerai le médicament dans les cinq jours. Je comprends que le médicament sera éliminé conformément à la réglementation après cinq jours.

Par la présente, je dégage le district scolaire local de Pickerington, ses représentants et ses employés de toute responsabilité liée aux dommages ou aux blessures qui résulteraient directement ou indirectement de l'utilisation par mon enfant de médicaments sans ordonnance.

Nom (en capitales) du parent/tuteur : _____ Numéro de téléphone : _____

Signature du parent/tuteur : _____ Date : _____