



L'ÉCOLE ARMÉNIENNE
SOURP HAGOP

ÉCOLE PRIMAIRE V. ET A. SARAFIAN
ÉCOLE SECONDAIRE PASTERMADJIAN

ՍՈՒՐԲ ՀԱԿՈՒՔ
ԱԶԳԱՅԻՆ ՎԱՐՃԱՐԱՆ

Վ. ԵՒ Ա. ՍԱՐԱՖԻԱՆ ԴԱՐՄԱՐԱՆ
ԲԱՍՏԻՄԱՃԵԱՆ ԵՐԿՐՈՐԴԱԿԱՆ

ANNEXE 4

Demande de consentement d'administration de médicaments
par voie buccale

Veillez noter qu'il est préférable que tout médicament soit administré à la maison par le parent, en dehors des heures de classe. Le parent devrait demander au médecin de l'élève si le médicament doit absolument être administré pendant les heures de classe ou s'il peut prescrire un médicament de substitution qui pourrait être pris en dehors de ces heures.

Dans le cas où un élève doit prendre un médicament à l'école, veuillez remplir le présent formulaire. (Pour toute question concernant les renseignements demandés sur ce formulaire, veuillez communiquer avec la direction).

Nom de l'élève : _____

Adresse : _____

École : _____ Date de naissance : _____

Demande de consentement des parents pour
l'administration de médicaments

Je/Nous _____ No. de tél.(domicile) : _____ No. de tél. (travail) _____

Je/Nous _____ No. de tél.(domicile) : _____ No. de tél. (travail) _____

demande/demandons l'aide de l'École arménienne Sourp Hagop pour l'administration de médicaments à mon/notre fils ou à ma/notre fille.

Personne à contacter 1. (Nom) : _____ No. de tél.: _____

en cas d'urgence 2. (Nom): _____ No. de tél.: _____

1. À titre de parent de l'élève susmentionné, je demande et j'autorise que le médicament prescrit mentionné au formulaire 2 soit administré à cet élève par voie buccale par des membres du personnel de l'école suivant les procédures décrites et je reconnais que ceux-ci ne possèdent pas de formation médicale pour administrer le dit médicament.
2. Je conviens que chaque envoi de médicament à l'école ne doit pas dépasser la quantité nécessaire pour un mois de traitement. En tant que parents, j'ai la responsabilité de veiller à ce qu'une quantité suffisante de médicaments soit gardée à l'école.
3. Tout médicament est remis à la direction de l'école ou à la personne déléguée seulement par le(s) parent(s).
4. En tant que parent je dois m'assurer
 - que ces médicaments soient conservés dans leur contenant original;

- que le nom de l'enfant soit clairement marqué sur le contenant;
- que la posologie soit clairement indiquée, ainsi que la date d'expiration;
- que la date de la prescription et la durée des médicaments soient clairement indiquées.

5. Je conviens également et j'accepte que si un problème survient lors de l'administration du médicament (par exemple, refus de l'enfant de le prendre, effets secondaires ou réactions allergiques possibles), l'école cessera alors immédiatement de donner le médicament et informera dès que possible le parent de la nature du problème. Il reviendra alors au parent de décider de la nécessité de consulter le médecin pour éventuellement changer de médicament ou pour modifier les procédures d'administration mentionnées auparavant. Il faudra remplir un nouveau formulaire chaque fois que l'on changera le médicament prescrit ou les procédures d'administration.

6. Je conviens également et j'accepte que la direction se réserve le droit de refuser d'administrer un traitement à un élève s'il ou si elle ne dispose pas de l'information nécessaire demandée au parent.

7. Je confirme, qu'en réponse à ma demande sur l'administration du médicament, le médecin de l'élève a recommandé que le médicament soit pris durant les heures de classe.

8. Ces renseignements serviront à mieux répondre aux besoins médicaux de l'élève.

9. La présente autorisation prendra fin le 30 juin de chaque année scolaire.

10. L'administration de médicaments comporte certains risques. Des réactions imprévues peuvent être reliées à la maladie, à des réactions inattendues ou à toute autre complication liées à l'administration d'un médicament. Les réactions émanant de l'absorption d'un médicament peuvent survenir sans que le personnel de l'école soit en faute. En signant le consentement pour l'administration d'un médicament par voie buccale pour votre enfant, vous acceptez les risques inhérents à son absorption

Par la présente, je libère l'École arménienne Sourp Hagop, les membres de son personnel et ses mandataires de toute forme de procès, d'action en justice, de poursuite, de perte de dommages ou de préjudice, subis de quelque façon que ce soit, et découlant de l'administration du médicament, ou pour l'avoir administré incorrectement.

J'aviserai, l'école par écrit de tout changement relatif à l'administration de médicaments habituellement prescrits à mon enfant.

Je reconnais avoir entièrement lu et compris les dispositions de la présente.

Signature du parent

Date

Le médicament prescrit doit être fourni dans le **contenant original**, qui doit porter une étiquette indiquant le nom de l'élève, le nom du médicament, le nom du médecin, la posologie, la date d'expiration et les heures d'administration. De plus, le parent doit avoir administré à l'enfant le médicament au moins une fois avant le retour de l'enfant à l'école.