



**COMMISSION SCOLAIRE EASTERN SHORES
EASTERN SHORES SCHOOL BOARD**

**POLITIQUE ESSB
Policy**

ES-174

ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS À L'ÉCOLE

ADMINISTERING MEDICATIONS AT SCHOOL

L'UTILISATION DU MASCULIN DANS CE DOCUMENT NE VISE QU'À ALLÉGER LE TEXTE.

Adopté : le 11 décembre 2013
Adopted on : December 11, 2013

Résolution / Resolution
C13-12-311

Il revient aux parents de faire en sorte que leur enfant reçoive les médicaments qui lui sont prescrits. Or, bien souvent, les parents ne peuvent se rendre à l'école pour administrer eux-mêmes un médicament à leur enfant. La direction de l'école veillera donc à nommer un responsable de l'administration des médicaments. L'entente conclue à cet effet entre l'école et la personne nommée à cette fin devra respecter les conditions suivantes :

Les écoles de la Commission scolaire Eastern Shores (CSES) ne feront administrer que des médicaments prescrits au préalable par un médecin, et ce, seulement après avoir reçu l'autorisation écrite du parent ou du tuteur de l'élève en question. Tout changement de prescription devra être signalé immédiatement, et le formulaire A devra être mis à jour en conséquence.

Afin d'éviter toute situation fâcheuse (risque de confusion ou d'erreur), les parents devront remettre **EN PERSONNE** le médicament à l'école, dans le contenant original **SUR LEQUEL FIGURE L'ÉTIQUETTE D'ORDONNANCE**.

Tous les médicaments devront être rangés dans un bureau ou un classeur **FERMÉ À CLÉ**.

Un formulaire d'autorisation type est joint à la présente politique.



COMMISSION SCOLAIRE EASTERN SHORES EASTERN SHORES SCHOOL BOARD

FORMULAIRE D'AUTORISATION pour l'administration de médicaments sur ordonnance

Je, _____, autorise _____ ou son (sa)
(Nom du parent) (Nom du membre du personnel désigné)
remplaçant(e), à administrer à mon enfant, _____,
(Nom de l'élève)
à l'école, le médicament qui lui est prescrit par le médecin.

Nom du médicament : _____

Intervalles d'administration : _____

Posologie (indiquée sur l'étiquette d'ordonnance) : _____

Je suis conscient qu'il est de ma responsabilité d'informer immédiatement l'école de tout changement apporté à l'information ci-dessus.

Signature du parent

Date

It is the responsibility of parents to ensure that the medication a child is supposed to receive is administered to him or her. It is often not convenient for parents to come to school to administer medication. Therefore, the school administrator shall designate a person to be responsible to administer the medication. Arrangements may therefore be made with the school, subject to the following conditions:

Schools under the jurisdiction of the Eastern Shores School Board shall only dispense medications that have been prescribed by a doctor, and then only after obtaining written authorization from the parent or guardian of the student concerned. Any changes to the prescription(s) must be reported and Form A renewed immediately.

To avoid any possibility of confusion or error, parents should be requested to provide such medication **IN PERSON**, in the original container **BEARING THE PRESCRIPTION LABEL**.

All medications must be stored in a **LOCKED** desk or filing cabinet

An example of a suitable Authorization Form is attached to this policy.



COMMISSION SCOLAIRE EASTERN SHORES
EASTERN SHORES SCHOOL BOARD

AUTHORIZATION FORM
For the Administration of Prescribed Medication

I, _____, authorize _____
(Name of parent) (Name of staff member)
or his or her substitute, to give my child _____
(Name of student)
medication at school as prescribed by the doctor.

Name of medication: _____
Time(s) of day to be administered: _____
Dosage (as indicated on the prescription label): _____

I realize that it is my responsibility to immediately advise the school of any change to the above information.

_____ Date
Parent's Signature