

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_



## **Renseignements sur l'état de santé et autorisation d'administration de médicaments et des premiers soins**

Afin d'assurer la sécurité et le bien-être de votre enfant, l'École Artistique Nathalie Descôteaux doit être informée des problèmes de santé ou conditions particulières qui **peuvent nécessiter une intervention d'urgence** et/ou qui **demandent à l'équipe d'adapter leurs intervention** (allergie sévère, diabète, asthme, trouble du spectre de l'autisme, ou autre).

### **VOTRE ENFANT POURRAIT-IL ÊTRE À RISQUE DE NÉCESSITER DES SOINS MÉDICAUX D'URGENCE TEL QUE**

#### **Allergie sévère nécessitant une injection d'adrénaline :**

Alimentaire OUI, Précisez : \_\_\_\_\_

Piqûre d'insecte OUI, Précisez : \_\_\_\_\_

Autre OUI, Précisez : \_\_\_\_\_

**Médicament / AUTO-INJECTEUR :** OUI, Lequel : \_\_\_\_\_

**Diabète :** OUI L'administration d'insuline est requise à l'école : OUI NON  
Stylo Pompe, précisez : \_\_\_\_\_

**Épilepsie :** OUI Médicament, précisez : \_\_\_\_\_

#### **Autres (ex. asthme, limitation physique, déficit d'attention, spectre de l'autisme, ...)**

Votre enfant présente-t-il un autre problème de santé pouvant nécessiter une intervention d'urgence et/ou une intervention particulière? OUI, Précisez : \_\_\_\_\_

#### **Est-ce que votre enfant doit prendre un médicament pendant la journée?**

OUI, Lequel : \_\_\_\_\_

### **AUTORISATIONS**

Par la présente, j'autorise le personnel responsable du camp d'été EAND à prendre connaissance des informations contenues dans ce présent formulaire. Ce formulaire est à la disposition du personnel responsable (directrice de l'école EAND, coordonnatrice du camp, animateurs, responsables des premiers soins).

J'autorise le personnel du camp, qui ont reçu une formation à cet effet et qui détiennent une carte de premiers soins valide, à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Et s'il le juge nécessaire, à transporter mon enfant en ambulance dans un centre hospitalier le plus près et je m'engage à assumer les frais de transport en ambulance.

**Aucun membre du personnel du camp n'est autorisé à appliquer de la crème solaire à un enfant. Si le parent fournit l'autorise, l'animateur pourra aider l'enfant à appliquer sa crème solaire.**

**J'autorise les animateurs** à aider mon enfant à appliquer sa crème solaire.

**Je refuse que les animateurs** puissent aider mon enfant à appliquer sa crème solaire.

Par le fait même, je dégage toutes responsabilités dans le cas de brûlures, malaises ou autres pouvant être occasionnés à mon enfant à la suite du refus de l'application de la crème solaire.

Par la présente, j'autorise le personnel du camp d'été EAND à administrer à mon enfant son médicament selon la dose prescrite. Afin que le médicament puisse être administré par le personnel autorisé, une copie de la prescription médicale indiquant la posologie doit **obligatoirement** se retrouver sur et/ou dans le contenant d'origine.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres moulées

\_\_\_\_\_  
Date