

FORMULAIRE D'AUTORISATION

**Vous devez retourner le formulaire d'autorisation avec votre formulaire d'inscription.
S.V.P. remplir une fiche par enfant.**

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant :
Prénom :
N° d'assurance-maladie :
Date d'expiration :
Téléphone du médecin :
Nom du médecin traitant :
Clinique ou hôpital :

2. ALLERGIES

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en raison de ses allergies?
Oui Non

À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le Camp de jour de la municipalité de Larouche à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.

Signature du parent

Date

3. MÉDICAMENTS

Si votre enfant doit prendre des médicaments, vous devrez, à votre arrivée au camp de jour, remplir le présent formulaire d'autorisation de prise de médicament afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant.

Votre enfant prend-il des médicaments?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, noms des médicaments :	Posologie :
Les prend-il lui-même? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Préciser :

J'autorise le personnel du Camp de jour de la municipalité de Larouche à distribuer et/ou administrer à mon enfant, le ou les médicament(s) mentionné(s) ci-haut.

Signature de la mère ou du père : _____

Date : _____

4. MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE (SI APPLICABLE)

J'autorise le personnel du Camp de jour de la municipalité de Larouche à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre.

Cocher les médicaments :

- Acétaminophène (Tylenol, Tempra)
- Antiémétique (Gravol)
- Antihistaminique (Benadryl, Reactine)
- Anti-inflammatoire (Advil)
- Sirop contre la toux
- Antibiotique en crème (Polysporin)
- Autre, préciser : _____

Signature de la mère ou du père : _____ Date : _____

Veillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement à son animateur et à son responsable afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.

5. AUTORISATION DES PARENTS

- Étant donné que le Camp de jour de la municipalité de Larouche prendra des photos et (ou) des vidéos au cours des activités de mon enfant durant l'été, je l'autorise à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins promotionnelles. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du Camp de jour de la municipalité de Larouche. _____ **Initiales du parent**
- Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du camp de jour, je m'engage à transmettre cette information à la direction du camp de jour, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant. _____ **Initiales du parent**
- En signant la présente, j'autorise le Camp de jour de la municipalité de Larouche à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Camp de jour de la municipalité de Larouche le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. _____ **Initiales du parent**
- Je m'engage à collaborer avec la direction du Camp de jour de la municipalité de Larouche et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités. _____ **Initiales du parent**

Nom et prénom du parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur

_____/_____/_____
Date