

Formulaire n°3 : Formulaire de santé, d'autorisation et de consentement

Veillez remplir et signer le présent formulaire si votre enfant a une allergie quelconque, s'il a des problèmes de santé ou s'il a un ou des besoins particuliers.

INFORMATION PERSONNELLE DE L'ENFANT

Nom et prénom	_____		
Nom du parent / tuteur de l'enfant	_____		
Numéro d'assurance maladie	_____	Date exp.	_____
N° de tél. en cas d'urgence	_____	Lien relationnel	_____

ALLERGIES

Allergie	Réactions Signes et symptômes	Requiert ÉpiPen	Autres mesures à prendre	Remarques
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Le parent ou le tuteur a la responsabilité d'informer chaque responsable de ministère auquel participe son enfant. Il doit aussi s'assurer que la collation qui sera offerte à son enfant ne contient pas d'allergènes.

PROBLÈMES DE SANTÉ OU BESOIN(S) PARTICULIER(S)

Problème ou besoin particulier S.V.P. donnez une courte description.	Mesures à prendre

ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

À remplir si vous voulez autoriser une personne à administrer un médicament à votre enfant

Nom du médicament	Posologie (dosage) et mode d'emploi	Nom du médecin	Période valide (précisez dates)

AUTORISATION ET CONSENTEMENT

En cas de besoin, j'autorise le ministère auprès des enfants ou de la Jeunesse Douze17 de l'EBE Le Sentier à administrer les médicaments mentionnés à mon enfant.

Signature du parent / du tuteur

Nom en lettres majuscules

Date : _____

FICHE D'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS

Partie à remplir par un responsable de l'EBE Le Sentier

Nom du médicament et dose administrée	Nom et signature de la personne responsable ayant administré le médicament	Date et heure	Remarque

**Toute l'information recueillie sera tenue confidentielle par la direction de l'EBE Le Sentier et par l'équipe responsable du ministère auprès des enfants et de la Jeunesse Douze17.*