

# CENTRE COMMUNAUTAIRE SAINT-PIERRE/DRUMMONDVILLE

## CAMP DE JOUR - SEMAINE DE RELÂCHE

### AUTORISATION DE PRISE D'UN MÉDICAMENT

#### **SUR LE SITE PRINCIPAL**

Aucun médicament ne peut être pris sans l'autorisation écrite des parents. Les parents doivent remplir le formulaire d'autorisation de prise d'un médicament afin que l'enfant puisse avoir son médicament selon le dosage prescrit et à l'heure recommandée.

Il est de la responsabilité des animateurs de s'assurer que l'enfant a bel et bien pris son médicament. L'animateur devra remplir et signer le *Registre des traitements et médicaments* chaque fois qu'un participant prend son médicament.

Les animateurs ne sont pas autorisés à fournir des médicaments en vente libre.

Pour les enfants allergiques qui ont une dose d'adrénaline (ex. : Épipen, Ana-Kit), l'animateur s'assure que l'enfant l'a toujours avec lui.

Tous les médicaments sont rangés dans un endroit sécuritaire et accessible uniquement au personnel autorisé.

#### **EN SORTIE**

Lors des sorties à l'extérieur du site principal, le responsable de la sortie ou son mandataire apporte les médicaments des participants à la sortie. La fiche santé par sortie sera annexée au *Registre des traitements et médicaments*.

Il est de la responsabilité des animateurs de s'assurer que l'enfant a bel et bien pris son médicament. L'animateur devra par la suite annexer cette fiche santé au *Registre des traitements et médicaments* qu'il remplira et signera le *Registre des traitements et médicaments* chaque fois qu'un participant prend son médicament.

## CENTRE COMMUNAUTAIRE SAINT-PIERRE/DRUMMONDVILLE

### CAMP DE JOUR - SEMAINE DE RELÂCHE

### AUTORISATION DE PRISE D'UN MÉDICAMENT

Pour des raisons de sécurité, nous vous demandons de mentionner tout médicament qui doit être pris par l'enfant. Merci d'aviser la direction du camp de jour de toute modification concernant ces renseignements.

<b>INFORMATIONS SUR L'ENFANT</b>		
Nom de l'enfant :		
Date de naissance :		
N° d'assurance-maladie :		Date d'expiration :
<b>PERSONNES-RESSOURCES</b>		
Nom et prénom du parent :		
Tél. rés. :		Tél. (trav. cellulaire) :
Raison de la prise du médicament :		
Nom du médicament :		
Dose :		
Fréquence :	Heures :	
Forme :	capsule, pilule <input type="checkbox"/> liquide <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> spécifiez :	
Mon enfant prend son médicament :	seul <input type="checkbox"/> avec de l'aide <input type="checkbox"/>	
Le médicament a besoin d'être réfrigéré : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Date du début de la prise du médicament :		
Le médicament sera remis à l'animateur : chaque jour <input type="checkbox"/> chaque semaine <input type="checkbox"/>		
Autres informations pertinentes :		
J'autorise mon enfant à prendre le médicament décrit ci-dessus en se conformant aux modalités prescrites.		
Nom du parent/tuteur :		
Signature du parent/tuteur :		Date :
Signature de la direction du camp de jour et de la semaine de relâche du Centre communautaire Saint-Pierre :		