Centre d'activités préscolaires
et familiales
122, rue Berri
Gatineau, Québec
J8Y 4H8
(819) 776-0114

Autorisation de traitement

Je, personne soussignée, _____ autorise (le(s)) chauffeur(s) de la compagnie de transport scolaire, le professeur, l'éducateur, le moniteur, l'infirmière selon le cas et/ou un membre du personnel de : centre de la petite enfance / école / service de garde / compagnie ici nommée _____ à administrer à mon enfant le médicament suivant : _____, selon le dosage qui suit : _____ _____que nous fournissons avec **la prescription médicale ou sa photocopie**. J'ai vérifié que ces personnes savent comment administrer ledit médicament.

_____ _____

Signature de l'autorité parentale Date

FICHE D IDENTIFICATION DE L ENFANT ALLERGIQUE

Nom de l'enfant : _____

Date de naissance : _____ /_____ /_____
(J) (M) (A)

Adresse : _____

Téléphone : _____

Asthmatique : ◯ Oui ◉ Non

Assurance maladie : _____ Exp. : _____ /_____

*Un asthme mal contrôlé peut augmenter l'intensité de la réaction allergique.

ALLERGIES CONNUES

- ☐ Arachide
- ☐ Noix
- ☐ Poisson
- ☐ Fruits de mer
- ☐ Blé
- ☐ Produits laitiers
- ☐ Œufs
- ☐ Sésame
- ☐ Soya
- ☐ Autres (spécifiez) _____

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D URGENCE

Nom : _____ Relation : _____

Tél. : _____ 2e # Tél. : _____

Nom : _____ Relation : _____

Tél. :_____ 2e # Tél. : _____

Hôpital :_____ # Dossier : _____

Médecin traitant (pédiatre) :_____ # Tél. : _____