



Information en cas d'urgence

Nom et prénom: _____

Adresse: _____

Code postal: _____

Courriel : _____

No. Ass. Maladie : _____

Date de naissance : _____

Parents : _____

Téléphone : _____

Cellulaire : _____

Travail : _____

Personne à rejoindre en cas d'urgence : _____

Lien de parenté : _____

Téléphone : _____

Allergie de certain médicaments : _____

Si oui, lesquels : _____

Allergie à certains aliments : _____

Si oui, lesquels : _____

Maladies (asthme, diabète): _____

Prend-elle des médicaments : _____

Porte-elle des verres de contacts : _____

Autres informations pertinentes : _____

Je comprends qu'il relève de ma responsabilité d'aviser la direction de l'équipe de tout changement en ce qui concerne l'information ci-dessus le plutôt possible et que dans

L'éventualité où il est impossible de rejoindre une personne responsable, la direction de l'équipe amènera mon enfant à l'hôpital ou chez un médecin, si cela s'avère nécessaire.

Par la présente, j'autorise le médecin et le personnel infirmier à examiner et procéder aux traitements nécessaires pour mon enfant.

J'autorise également que l'information pertinente soit distribuée aux personnes appropriées (gérante et médecins) lorsque jugé nécessaire.

Date : _____

Signature : _____

La sécurité : un travail d'équipe