Médicament

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* ou l'avoir indiqué sur le formulaire d'inscription 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. Il est de la responsabilité du parent de disposer le médicament dans la boite à lunch de l'enfant s'il peut le prendre seul, ou de le donner en main propre à l'animateur du groupe ou au superviseur de secteur, dans le cas contraire.

Pour les enfants allergiques qui ont une dose d'adrénaline (ex. : Épipen, Ana-Kit), l'animateur s'assure que l'enfant l'a toujours sur lui. C'est la responsabilité du parent de s'assurer que la dose d'adrénaline est disposée de façon sécuritaire et accessible (ex. : pochette ventrale, etc.). Depuis 2014, la formation Soins anaphylactiques (SA) est automatiquement donnée aux animateurs suivant la formation de la Fondation des maladies du Cœur.

Formulaire : **AUTORISATION DE PRISE D'UN MÉDICAMENT** à la page suivante.

AUTORISATION DE PRISE D'UN MÉDICAMENT

Ce formulaire doit être rempli pour tous les enfants ayant besoin de prendre un médicament pendant le camp de jour ou le SDG

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.

INFORMATIONS SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant :
Date de naissance :
Numéro d'assurance-maladie :
Date d'expiration de la carte :

PERSONNES-RESSOURCES

Nom et prénom du parent :
Tél. (résidence) :
Tél. (travail, cellulaire) :

INFORMATIONS SUR LA MÉDICATION

Nom du médicament :
Raison de la prise du médicament :
Dose :
Fréquence : Heures :
Forme : ☐capsule, pilule ☐liquide ☐autre spécifiez :
Mon enfant prend son médicament : ☐seul ☐avec de l'aide
Le médicament a besoin d'être réfrigéré : ☐oui ☐non
Date du début de la prise du médicament : Fin :
Le médicament sera remis à l'animateur : ☐chaque jour ☐chaque semaine ☐ ne s'applique pas (médicament dans la boîte à lunch pour enfant qui le prend seul) Note : même si l'enfant prend seul son médicament, ce formulaire doit être rempli afin d'assurer que l'animateur soit informé - sauf si l'information est déjà transmise lors de l'inscription à la fiche santé.
Autres informations pertinentes :

J'autorise mon enfant à prendre le médicament décrit ci-dessus en se conformant aux modalités prescrites.

Nom du parent/tuteur (lettre manuscrite): _____

_____ _____

Signature du parent/tuteur & Date Signature de la coordination de LAF & Date