

## FORMULAIRE D'AUTORISATION

**Vous devez retourner le formulaire d'autorisation avec votre formulaire d'inscription.  
S.V.P. remplir une fiche par enfant.**

### 1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant :
Prénom :
N° d'assurance-maladie :
Date d'expiration :
Téléphone du médecin :
Nom du médecin traitant :
Clinique ou hôpital :

### 2. ALLERGIES

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en raison de ses allergies ?  
Oui  Non

#### À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp de jour à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline \_\_\_\_\_ à mon enfant.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_  
Date

### 3. MÉDICAMENTS

**Si votre enfant doit prendre des médicaments**, vous devrez, à votre arrivée au camp de jour, remplir le présent formulaire d'autorisation de prise de médicament afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant.

Votre enfant prend-il des médicaments ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, noms des médicaments :	Posologie :
Les prend-il lui-même ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Préciser :

J'autorise le personnel du camp de jour à distribuer et/ou administrer à mon enfant, le ou les médicament(s) mentionné(s) ci-haut.

Signature du parent ou tuteur : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**Veillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement à son animateur et à son responsable afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.**

#### 4. MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE (SI APPLICABLE)

J'autorise le personnel du camp de jour à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre selon la posologie recommandée.

Cocher les médicaments :

- Acétaminophène (Tylenol, Tempra)
- Antiémétique (Gravol)
- Antihistaminique (Benadryl, Reactine)
- Anti-inflammatoire (Advil)
- Sirop contre la toux
- Antibiotique en crème (Polysporin)
- Autre, préciser : \_\_\_\_\_

Signature du parent ou tuteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

#### 5. AUTORISATION DES PARENTS

- J'autorise le camp de jour à prendre des photos et (ou) des vidéos au cours des activités de mon enfant durant l'été, à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins promotionnelles. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du camp de jour. **Oui**  **Non**
- Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant surviennent avant le début ou pendant la période du camp de jour, je m'engage à transmettre cette information à la direction du camp de jour, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant. **Oui**  **Non**
- J'autorise le camp de jour à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du camp de jour le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier. **Oui**  **Non**
- J'autorise les responsables du camp à appliquer de la crème solaire à mon enfant en cas de besoin. **Oui**  **Non**
- J'autorise mon enfant à se baigner lors des sorties ou cette activité est offerte. **Oui**  **Non**
- J'autorise mon enfant à se baigner sans flotteurs. **Oui**  **Non**
- Mon enfant doit toujours porter une veste de flottaison lors de sortie à la plage. **Oui**  **Non**
- J'autorise mon enfant à quitter le camp de jour seul(e). **Oui**  **Non**   
Si oui, précisez les conditions : \_\_\_\_\_
- J'autorise mon enfant à quitter le camp de jour, car il dîne à la maison. **Oui**  **Non**   
Si oui, précisez les conditions : \_\_\_\_\_
- Je déclare que les renseignements que j'ai fournis sont exacts. **Oui**  **Non**
- Je m'engage à collaborer avec la direction du camp de jour et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités. **Oui**  **Non**

\_\_\_\_\_  
Nom et prénom du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Date