

CAMP DE JOUR

PROCÉDURE DE DISTRIBUTION DES MÉDICAMENTS

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.

La direction du camp de jour, si elle juge que la situation l'exige, peut fournir un médicament en vente libre si elle a l'autorisation écrite du parent.

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.

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, la direction du camp de apporte les médicaments des participants à la sortie.

Par la suite, il est de la responsabilité de la direction du camp 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.

CAMP DE JOUR

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.

INFORMATION SUR L'ENFANT

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

PERSONNES-RESSOURCES

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

INFORMATION SUR LA MÉDICATION

| | |
|--|----------|
| Nom du médicament : | |
| Raison de la prise 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 : | Fin : |
| 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 Marieville : _____