

Services routiniers essentiels et plan d'urgence

Le présent plan doit être passé en revue chaque année. Tout changement apporté doit être signalé immédiatement.

Partie I – Renseignements sur l'enfant

Nom de l'enfant _____

Date de naissance _____ No d'assurance-maladie _____

Adresse _____ Rue _____ Numéro d'app. _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Nom du parent ou du tuteur _____

Téléphone cellulaire _____ Téléphone travail _____ Téléphone domicile _____

Nom du parent ou du tuteur _____

Téléphone cellulaire _____ Téléphone travail _____ Téléphone domicile _____

Autre personne-ressource _____

Téléphone cellulaire _____ Téléphone travail _____ Téléphone domicile _____

Description de l'état de santé ou du problème médical de l'enfant

Nom de l'enfant _____

Partie II – Plan de soins routiniers – Remplissez la partie II pour chaque service demandé

Note : L'administration d'un médicament pendant une longue période pour gérer un trouble médical est considérée comme un service routinier essentiel.

Décrivez les soins demandés _____

Combien de fois faut-il les donner? _____

L'enfant est-il capable de prendre lui-même son médicament ou de se donner lui-même ses soins? _____

Autres directives : p. ex. : nom de l'appareil ou du dispositif à utiliser (s'il y a lieu), entretien de l'appareil, entreposage et accès aux médicaments. _____

Responsabilités du parent ou du tuteur _____

Responsabilités de l'enfant (le cas échéant) _____

Responsabilités de l'exploitant _____

Indiquez tout autre renseignement qui pourrait nous aider à comprendre les besoins de votre enfant. _____

Nom de l'enfant _____

Partie III – Plan de soins d'urgence

Ne remplissez la partie III que si un plan d'urgence est nécessaire.

La présente partie doit être remplie par l'établissement de garderie éducative en collaboration avec le parent. (Lorsque le médicament doit être administré « au besoin », les directives écrites doivent indiquer clairement les situations dans lesquelles le médicament doit être donné. Ces directives peuvent préciser les symptômes physiques qui doivent être présents, le comportement que l'enfant doit manifester ou la température de l'enfant. Le fait d'indiquer simplement « au besoin » ou « si nécessaire » n'est pas suffisant.)

Responsabilités du parent ou du tuteur

Responsabilités de l'exploitant

Les membres du personnel ci-dessous ont reçu la formation nécessaire (du parent ou d'un professionnel de la santé) pour fournir les soins décrits auparavant.

<input type="checkbox"/>	Tout le personnel	
<input type="checkbox"/>	Nom _____	Position _____
<input type="checkbox"/>	Nom _____	Position _____
<input type="checkbox"/>	Nom _____	Position _____
<input type="checkbox"/>	Nom _____	Position _____
<input type="checkbox"/>	Nom _____	Position _____
<input type="checkbox"/>	Nom _____	Position _____
<input type="checkbox"/>	Nom _____	Position _____

Nom de l'enfant _____

Partie IV – Approbation

J'ai lu et comprends l'entente énoncée dans le formulaire *Services routiniers essentiels et plan d'urgence* et j'accepte que les renseignements pertinents au service demandé soient communiqués aux personnes qui doivent les connaître pour fournir le service.

Par la présente, je demande au personnel de l'établissement de fournir à mon enfant les soins décrits ci-dessus et l'autorise à le faire. Je comprends que les personnes désignées n'ont pas de compétences médicales et qu'elles fourniront le service demandé de bonne foi dans le cadre de la formation reçue, et conformément à la présente entente.

En cas d'urgence, j'autorise le personnel de l'établissement à administrer le médicament ou les médicaments que j'ai fournis et qui sont indiqués dans la présente entente et à demander une aide médicale appropriée. J'accepte d'assumer la responsabilité de tous les frais liés au traitement médical et au transport de mon enfant.

Par la présente, je reconnais mes responsabilités, comme énoncées dans la présente entente, et j'accepte de m'acquitter de ces responsabilités dans la mesure de mes capacités.

J'accepte d'informer l'établissement, par écrit, de tout changement concernant les renseignements fournis sur le présent formulaire.

J'accepte que les renseignements indiqués sur le présent formulaire soient communiqués à toute personne qui a besoin de les connaître pour donner des soins à mon enfant au nom de l'établissement.

J'accepte que l'exploitant ou l'administrateur puisse contacter le médecin de mon enfant en cas d'urgence médicale ou pour demander une clarification au sujet des responsabilités de l'établissement, comme définies dans ce plan.

Oui Non

Signature du parent ou du tuteur _____ Date _____

Signature du parent ou du tuteur _____ Date _____

Par la présente, je reconnais et accepte mes responsabilités et celles de mon personnel comme énoncées dans la présente entente.

Signature de l'exploitant ou de
l'administrateur de la garderie éducative _____ Date _____

Nom de l'enfant _____

Examen Annuel

Note : Si les exigences du service demandé ont changé, veuillez remplir le nouveau formulaire *Gestion d'une allergie extrême et plan d'urgence*. S'il n'y a aucun changement, veuillez signer ce formulaire de vérification pour confirmer l'accord du parent ou du tuteur avec le plan.

Ce plan a été révisé et restera en vigueur pendant l'année 20____-20____ sans modification.

Parent ou tuteur _____ Date _____

Exploitant ou administrateur _____ Date _____

Ce plan a été révisé et restera en vigueur pendant l'année 20____-20____ sans modification.

Parent ou tuteur _____ Date _____

Exploitant ou administrateur _____ Date _____

Ce plan a été révisé et restera en vigueur pendant l'année 20____-20____ sans modification.

Parent ou tuteur _____ Date _____

Exploitant ou administrateur _____ Date _____

Ce plan a été révisé et restera en vigueur pendant l'année 20____-20____ sans modification.

Parent ou tuteur _____ Date _____

Exploitant ou administrateur _____ Date _____