

**Formulaire d'identification des enfants ayant des allergies avec un EpiPen®**

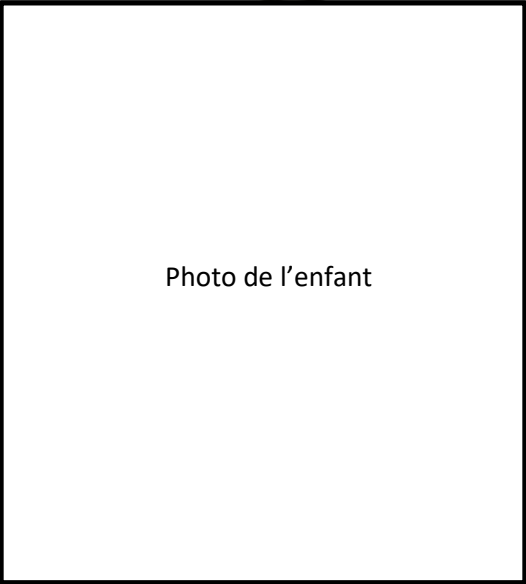


**RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT:**

Nom de l'enfant: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Ville: \_\_\_\_\_  
Code postal: \_\_\_\_\_  
Téléphone à la maison: \_\_\_\_\_  
Date de naissance: \_\_\_\_\_  
# Assurance maladie : \_\_\_\_\_  
Expiration: \_\_\_\_/\_\_\_\_

**PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE:**

Nom : \_\_\_\_\_  
Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  
Téléphone #1: \_\_\_\_\_  
Téléphone #2: \_\_\_\_\_  
  
Médecin de famille : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_



Allergie: \_\_\_\_\_  
Type d'EpiPen® : EpiPen® Jr 0,15 mg \_ EpiPen® 0,30 mg \_  
L'enfant a-t-il déjà eu à se servir de son EpiPen® ?  Oui  Non  
Mesures préventives à prendre en lien avec l'allergie:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Dans le cas où l'enfant souffre d'allergies potentiellement mortelles, les parents sont tenus de fournir deux auto-injecteurs d'épinéphrine de marque EpiPen®. Le parent doit donc fournir un deuxième EpiPen®.**

Je demande, par la présente, que l'EpiPen® soit administré. Il est aussi convenu que l'enfant portera le médicament sur sa personne. C'est la responsabilité du parent ou de la personne qui a la tutelle légale de l'enfant de renseigner les animateurs sur l'endroit où se trouve l'EpiPen® sur la personne de l'enfant. J'accepte de fournir au Camp de jour de la Ville de Saint-Lazare une déclaration médicale mise à jour quand le médecin modifiera ses instructions relativement au médicament. Par la présente, je libère le Camp de jour de la Ville de Saint-Lazare, ses employé(e)s et représentant(e)s de toute action en justice, perte, dommages ou blessures, peu importe les circonstances, qui pourraient résulter de l'administration de l'auto-injecteur d'EpiPen® ou du médicament, tel que demandé dans le présent document. Je m'engage aussi à indemniser ledit Camp de jour de la Ville de Saint-Lazare, ses employé(e)s ou représentant(e)s de toutes pertes ou dommages provenant de toute action ou poursuite judiciaire engagée contre eux par moi-même ou mon enfant, ou tout autre parent, tuteur ou tutrice de l'enfant susmentionné(e).

Je reconnais avoir lu et bien compris les conditions précisées ci-haut.

Nom: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Signature: \_\_\_\_\_  
Lien avec l'enfant: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Signature: \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant: \_\_\_\_\_