

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



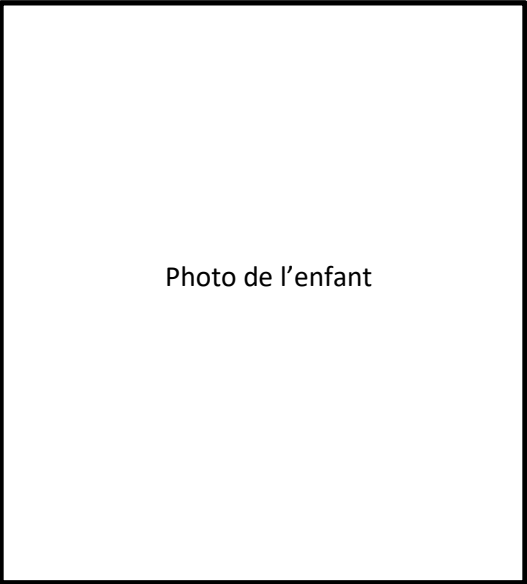
RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT:

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: _____



Identification form of children with allergies with an EpiPen®

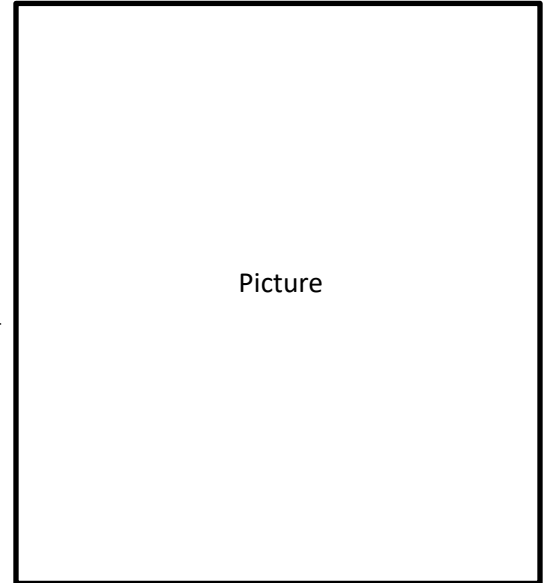
CHILD INFORMATION:

Child's name: _____
Address: _____
City: _____
Postal code: _____
Home phone: _____
Date of birth: _____
Medicare card # : _____
Expiration: ____/____

PERSON TO CONTACT IN CASE OF EMERGENCY:

Name : _____
Relationship link : _____
Phone #1: _____
Phone #2: _____

Family doctor : _____
Phone : _____



Allergy: _____
EpiPen® type: _ EpiPen® Jr 0,15 mg _ EpiPen® 0,30 mg _
Has the child ever had to use the EpiPen® ? Yes No
Preventive measures for allergies:

In case the child suffers from life-threatening allergies, parents are required to provide two auto-injectors of epinephrine EpiPen® . The parent must provide a second or EpiPen®.

I ask, by this, that the EpiPen® is administered. It also agreed that the child keep the EpiPen® on himself. It is the responsibility of the parent or person who has legal guardianship of the child to inform the animators where the EpiPen® is located. I agree to provide the City of Saint-Lazare's day camp a updated medical statement when the doctor change his instructions relating to medication. I release the City of Saint-Lazare's day camp, its employee(s) and representative (s) of any lawsuit, loss, damage or injury, regardless of circumstances, which could result from the administration of the auto-injector EpiPen® or medication, as requested in this document. I agree to indemnify said Ville Saint-Lazare's day camp, it's employee (s) or representative (s) for any loss or damage arising from any action or judicial proceedings against them by me or my child or any relative, guardian or guardian of the child above.

I acknowledge having read and understood the conditions specified above.

Name : _____ Date: _____
Signature: _____
Relationship link: _____

Name : _____ Date: _____
Signature: _____

Relationship link: _____