



## **PROCÉDURE DE DISTRIBUTION DES MÉDICAMENTS**

### **SUR LES SITES PRINCIPAUX**

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. Le parent peut le remplir en même temps que la fiche santé.

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. Les animateurs ne sont pas autorisés à fournir des médicaments en vente libre.

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 (ex. : infirmerie, bureau du responsable).

### **EN SORTIE**

Lors des sorties à l'extérieur du site principal, la direction du camp de jour ou son mandataire apporte les médicaments des participants à la sortie.

Par la suite, 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.



### 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 pour la prise de médicament

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 de la prise du médicament Début :
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 des Loisirs La Providence : \_\_\_\_\_