**Autorisation pour médicament et soins médicaux**

| **Identification du jeune** | |
| --- | --- |
| Nom : |  |
| Unité et groupe : | Éclaireurs de la 23e Marie médiatrice et la 62e Phare Est |

| **Identification des parents** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom : |  | | |
| No de tél : |  | No de celluairel : |  |

**AUTORISATION DE TRAITEMENT**

À moins d’une situation d’urgence, nul ne peut administrer un médicament à un mineur, même un médicament en vente libre, à moins d’une autorisation écrite par le parent ou le tuteur.

J’autorise l’équipe d’animation à administrer les produits suivants à mon enfant, en cas de besoin. Ces produits font partie de la trousse de premiers soins de l’unité.

|  | **Oui** | **Non** |  | **Oui** | **Non** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bénadryl |  |  | Polysporin |  |  |
| Gravol |  |  | Tylenol |  |  |
| Produit pour brûlure |  |  | Advil |  |  |
| Crème solaire |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Épipen (en cas d’allergies graves imprévues) | | | |  |  |
| Dans l’éventualité où personne ne peut être rejoint, j’autorise l’équipe d’animation ou l’équipe de premiers soins à poser les gestes nécessaires à la sécurité et au bien-être de mon enfant. | | | |  |  |
| Dans l’éventualité où personne ne peut être rejoint, au cas où mon enfant devrait recevoir des soins médicaux d’urgence, j’accepte qu’un professionnel agréé de la santé l’hospitalise ou le traite et prenne les mesures nécessaires pour qu’il reçoive des injections, soit anesthésié, subisse une intervention chirurgicale ou toute autre intervention médicale jugée nécessaire par les professionnels de la santé. | | | |  |  |
| J’autorise que les informations de la fiche médicale soient transmises aux personnes appropriées lorsque nécessaire. | | | |  |  |
| Je comprends qu’il relève de ma responsabilité d’aviser l’équipe d’animation, dans un délai raisonnable, de tout changement en ce qui concerne l’état de santé de mon enfant. | | | | | |
| Signature d’un parent / tuteur : |  | | | | |
| Nom en caractère d’imprimerie : |  | | | | |
| Date : |  | | | | |