

## Modèle de formulaire d'autorisation de soins et de transport d'urgence

Nom de l'enfant \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Si, en tout temps, en raison d'une blessure ou d'une maladie soudaine, mon enfant doit recevoir un traitement, j'autorise les membres du personnel du milieu de garde à prendre les mesures d'urgence qu'ils jugent nécessaires pour le protéger pendant qu'il est sous leur garde.

Je comprends qu'ils devront peut-être téléphoner à un médecin, interpréter et exécuter ses directives et transporter mon enfant à l'hôpital ou au cabinet d'un médecin, peut-être même en ambulance.

Dans la mesure du possible, il sera transporté à l'hôpital \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ou ils communiqueront avec le médecin suivant (nom et adresse du médecin) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Je comprends qu'ils peuvent prendre ces mesures avant de communiquer avec moi et que je serai responsable des dépenses reliées au traitement, y compris les frais d'ambulance.

Signature d'un parent \_\_\_\_\_

Signature de la directrice ou de l'administratrice du milieu de garde \_\_\_\_\_