



PROGRAMME DE HALTE-GARDERIE LE CARROUSEL



PLAN D'URGENCE

NOM DE L'ENFANT : _____

photo récente

NUMÉRO CARTE SANTÉ : _____

CONDITIONS MÉDICALES

ALLERGIES SÉVÈRES : _____

ÉpiPen requis : OUI NON

Date de péremption de l'injecteur : _____

Lieu d'entreposage : _____

ALLERGIES OU INTOLÉRANCE : _____

Description des symptômes : _____

Traitement requis : _____

MÉDECIN TRAITANT

Nom : _____

Adresse : _____ Téléphone : _____

CONTACTS EN CAS D'URGENCE : TÉLÉPHONER 911 ET COMMUNIQUER AVEC LES PERSONNES SUIVANTES

NOM DE LA MÈRE : _____

Téléphone maison : _____

Téléphone travail : _____

Téléphone cellulaire : _____

NOM DU PÈRE : _____

Téléphone maison : _____

Téléphone au travail : _____

Téléphone cellulaire : _____

AUTRES PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

Nom : _____

Téléphone maison : _____

Téléphone cellulaire : _____

Lien avec l'enfant : _____

Nom : _____

Téléphone maison : _____

Téléphone cellulaire : _____

Lien avec l'enfant : _____

SIGNATURES

Signature des parents : (MÈRE) _____ (PÈRE) _____

Signature de l'éducatrice : _____

Signature de l'éducatrice : _____

Signature de l'éducatrice : _____

Signature des personnes ayant une responsabilité déléguée : _____

Date : _____