

**Le présent plan doit être passé en revue chaque année.  
Tout changement apporté doit être signalé immédiatement.**

**PARTIE I – RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT**

<b>LE PRÉSENT FORMULAIRE DOIT ÊTRE REMPLI SI VOTRE ENFANT A DES ALLERGIES QUI PEUVENT MENER À L'ANAPHYLAXIE</b>			
<p><b>L'anaphylaxie (choc anaphylactique)</b> est une réaction allergique grave qui peut toucher plusieurs systèmes de l'organisme et être fatale si elle n'est pas traitée. L'anaphylaxie peut être causée par des aliments, des piqûres d'insectes, des médicaments, le caoutchouc et d'autres substances. Les aliments qui provoquent le plus souvent l'anaphylaxie sont les arachides, les noix, les mollusques et les crustacés, le poisson, le lait, les œufs, le blé, le soya et les graines de sésame. Toutefois, on sait qu'un grand nombre d'autres aliments peuvent également causer l'anaphylaxie. Des quantités infimes d'allergène peuvent provoquer une réaction grave.</p>			
Nom de l'enfant :		Date de naissance :	N° d'assurance-maladie :
Adresse	Rue	Numéro d'app.	Ville Province Code postal
Nom du parent ou du tuteur :		Téléphone cellulaire	Téléphone travail Téléphone domicile
Nom du parent ou du tuteur :		Téléphone cellulaire	Téléphone travail Téléphone domicile
Autre personne-ressource :		Téléphone cellulaire	Téléphone travail Téléphone domicile
<b>De quel type d'ÉpiPen® (épinéphrine) votre enfant a-t-il besoin?</b>			
<input type="checkbox"/> pour un enfant (entre 15 kg et 30 kg) ( <i>Junior</i> )		<input type="checkbox"/> pour un adulte (30 kg ou plus) ( <i>Régulier</i> )	
<b>Renseignements sur l'allergie (à remplir par le médecin de l'enfant)</b>			
L'enfant est-il à risque d'une réaction anaphylactique? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si oui, à quels allergènes? _____			
Autres allergies importantes? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si oui, lesquelles? _____			
ÉpiPen® (épinéphrine) recommandée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Nom du médecin		Téléphone	
Signature du médecin		Date	

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

**PARTIE II – PLAN DE GESTION D'UNE ALLERGIE EXTRÊME – comment minimiser le risque**

Cette partie doit être remplie par l'établissement de garderie éducative, en collaboration avec le parent ou le tuteur.

**Responsabilités du parent ou du tuteur :**

**Responsabilités de l'exploitant :**

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

**PARTIE III – PLAN D'URGENCE**

Cette partie doit être remplie par l'établissement de garderie éducative, en collaboration avec le parent ou le tuteur (p. ex. : administrer de l'ÉpiPen®; appeler une ambulance ou amener l'enfant à l'hôpital; appeler les parents).

**Responsabilités du parent ou du tuteur :**

J'accepte que les renseignements pertinents concernant l'état de santé ou le problème médical de mon enfant soient affichés dans des endroits stratégiques de l'établissement (p. ex. : babillard à l'attention des parents, aires de jeu, cuisine, salle du personnel) pour aider le personnel à fournir des services d'urgence à mon enfant. Je fournirai une photo de mon enfant à cette fin.

Je ne veux pas que des renseignements sur mon enfant soient affichés dans l'établissement.

**Responsabilités de l'exploitant :**

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

**PARTIE IV – APPROBATION**

J'ai lu et comprends l'entente énoncée dans le formulaire *Gestion d'une allergie extrême et plan d'urgence* et j'accepte que les renseignements pertinents au service demandé soient communiqués aux personnes qui doivent les connaître pour fournir le service.

Par la présente, je demande au personnel de l'établissement de fournir à mon enfant les soins décrits ci-dessus et l'autorise à le faire. Je comprends que le personnel de l'établissement n'a pas de compétences médicales et qu'il fournira le service demandé de bonne foi dans le cadre de la formation reçue, et conformément à la présente entente.

En cas d'urgence, j'autorise le personnel de l'établissement à administrer le médicament ou les médicaments que j'ai fournis et qui sont indiqués dans la présente entente et à demander une aide médicale appropriée. J'accepte d'assumer la responsabilité de tous les frais liés au traitement médical et au transport de mon enfant.

Je comprends que l'établissement ne peut garantir un milieu entièrement exempt d'allergènes.

Par les présentes, je reconnais mes responsabilités comme énoncées dans la présente entente et j'accepte de m'acquitter de ces responsabilités dans la mesure de mes capacités.

J'accepte d'informer l'établissement, par écrit, de tout changement concernant les renseignements fournis sur le présent formulaire.

J'accepte que les renseignements indiqués sur le présent formulaire soient communiqués à toute personne qui a besoin de les connaître pour donner des soins à mon enfant au nom de l'établissement.

J'accepte que l'exploitant ou l'administrateur puisse contacter le médecin de mon enfant en cas d'urgence médicale ou pour demander une clarification au sujet des responsabilités de l'établissement comme définies dans ce plan.

**Oui**  **Non**

**Signature du parent ou du tuteur :**

Date

**Signature du parent ou du tuteur :**

Date

Par la présente, je reconnais et accepte mes responsabilités et celles de mon personnel comme énoncées dans la présente entente.

Signature de l'exploitant ou de l'administrateur de la garderie éducative

Date

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

### EXAMEN ANNUEL

**Note :** Si les exigences du service demandé ont changé, veuillez remplir un nouveau formulaire *Gestion d'une allergie extrême et plan d'urgence*. S'il n'y a aucun changement, veuillez signer ce formulaire de vérification pour confirmer l'accord du parent ou du tuteur avec le plan.

Ce plan a été révisé et restera en vigueur pendant l'année 20____-20____ sans modification.	
<i>Parent ou tuteur :</i>	Date :
<i>Exploitant ou administrateur :</i>	Date :

Ce plan a été révisé et restera en vigueur pendant l'année 20____-20____ sans modification.	
<i>Parent ou tuteur :</i>	Date :
<i>Exploitant ou administrateur :</i>	Date :

Ce plan a été révisé et restera en vigueur pendant l'année 20____-20____ sans modification.	
<i>Parent ou tuteur :</i>	Date :
<i>Exploitant ou administrateur :</i>	Date :

Ce plan a été révisé et restera en vigueur pendant l'année 20____-20____ sans modification.	
<i>Parent ou tuteur :</i>	Date :
<i>Exploitant ou administrateur :</i>	Date :