



PHOTO

REQUÊTE D'ADMINISTRATION D'EPIPEN

Prière de dactylographier les renseignements ou de les inscrire en lettres moulées.

A. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom de l'élève _____
 Date de naissance _____
 Parent/Tuteur/Tutrice _____
 Téléphone – domicile _____ Bureau. a) _____ b) _____ Urgence _____
 Adresse (domicile) _____
 Adresse (gardienne) _____ # de téléphone – gardienne _____
 École _____ Année de cours _____ Enseignant/e _____
 Numéro de la carte santé _____
 Allergie(s) _____

 1. Fréquence de l'administration par jour d'école / au besoin _____ autre _____
 2. Mise en garde / Effets secondaires importants / Durée et entreposage _____
 Endroit où se retrouve l'EpiPen (veuillez spécifier : sur la personne ou dans le sac d'école) _____

B. CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ET AUTORISATION DU PARENT, TUTEUR OU TUTRICE

Je demande/nous demandons, par la présente, que l'EpiPen soit administré. Il est aussi convenu que l'élève portera le médicament sur sa personne. C'est la responsabilité du parent ou de la personne qui a la tutelle légale de l'enfant de renseigner les conducteurs et conductrices d'autobus scolaires sur l'endroit où se trouve l'EpiPen sur la personne de l'élève. J'accepte/ nous acceptons de fournir au Conseil et au Consortium de services aux élèves de Sudbury une déclaration médicale mise à jour quand le médecin modifiera ses instructions relativement au médicament.

Par la présente, je libère/nous libérons les Conseils scolaires, le Consortium de services aux élèves de Sudbury, ses employé(e)s et représentant(e)s de toute action en justice, perte, dommages ou blessures, peu importe les circonstances, qui pourraient résulter de l'administration de l'auto injecteur EpiPen ou du médicament, tel que demandé dans le présent document. Je m'engage/nous nous engageons aussi à indemniser ledit Conseil, le Consortium de services aux élèves de Sudbury, ses employé(e)s ou représentant(e)s de toutes pertes ou dommages provenant de toute action ou poursuite judiciaire engagée contre eux par moi-même/nous-mêmes ou mon/notre enfant, ou tout autre parent, tuteur ou tutrice de l'enfant susmentionné(e).

Je confirme/nous confirmons que le D^r _____ a expliqué en détail à moi-même/nous-mêmes et à mon enfant (nom) _____ la nature, l'effet et les effets secondaires possibles d'un tel traitement et je reconnais/nous reconnaissons avoir lu et entièrement compris les conditions précisées dans le présent document. J'ai/nous avons aussi reçu une copie des directives du Consortium de services aux élèves de Sudbury à ce sujet et je reconnais/nous reconnaissons avoir lu et bien compris les conditions qui y sont précisées.

Je confirme qu'il y a une déclaration signée par un médecin dans le dossier de mon enfant à l'école qu'il/elle fréquente.

Date _____ Parent/tuteur/tutrice _____ Parent/tuteur/tutrice _____

Médecin de famille _____ Adresse du médecin _____ N^o de tél _____



URGENCE REQUÉRANT L'ADMINISTRATION D'EPIPEN RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU TRANSPORT

POUR USAGE DU BUREAU SEULEMENT

PROPRIÉTAIRE D'AUTOBUS SCOLAIRES

Route d'autobus du matin _____ Conducteur/trice _____

Route d'autobus du midi _____ Conducteur/trice _____

Route d'autobus en après-midi _____ Conducteur/trice _____

Troubles médicaux _____

Allergie à _____

C. Autorisation au nom du Consortium de services aux élèves de Sudbury

Directrice générale ou personne désignée
Consortium de services aux élèves de Sudbury

RÉPARTITEUR ou RÉPARTITRICE

DATE

1. Obtenir l'heure et l'endroit exacts où l'administration a été effectuée
2. Appeler 911 et dites que vous avez un enfant qui risque d'entrer en état de choc à cause d'une réaction anaphylactique.
3. Maintenir le contact par radio.
4. Communiquer avec la directrice générale ou la personne désignée du Consortium.
5. La directrice générale ou la personne désignée du Consortium communiquera avec l'école, le parent, le tuteur ou la tutrice de l'enfant et l'école.

