



## PROCÉDURE DE DISTRIBUTION DES MÉDICAMENTS

### SUR LE SITE PRINCIPAL

Aucun médicament ne peut être pris sans l'autorisation écrite des parents. Les parents doivent remplir le formulaire *Autorisation de prise d'un médicament* afin que l'enfant puisse avoir son médicament selon le dosage prescrit et à l'heure recommandée.

Il est de la responsabilité des animateurs de s'assurer que l'enfant a bel et bien pris son médicament. L'animateur devra remplir et signer le *Registre des traitements et médicaments* chaque fois qu'un participant prend son médicament.

Les animateurs ne sont pas autorisés à fournir des médicaments en vente libre.

Pour les enfants allergiques qui ont une dose d'adrénaline (ex. : Épipen, Ana-Kit), l'animateur s'assure que l'enfant a toujours sa dose sur lui.

Tous les médicaments sont rangés dans un endroit sécuritaire et accessible uniquement au personnel autorisé (ex. : infirmerie, bureau du responsable).

### EN SORTIE

Lors des sorties à l'extérieur du site principal, la direction du camp de jour apporte les médicaments des participants.

Par la suite, il est de la responsabilité des animateurs de s'assurer que l'enfant a bel et bien pris son médicament. L'animateur devra remplir et signer le *Registre des traitements et médicaments* chaque fois qu'un participant prend son médicament.



## AUTORISATION DE PRISE D'UN MÉDICAMENT (Seulement pour les enfants concernés)

Pour des raisons de sécurité, nous vous demandons de mentionner tout médicament qui doit être pris par l'enfant. Merci d'aviser la direction du camp de jour de toute modification concernant ces renseignements.

### INFORMATION SUR L'ENFANT

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

Date de naissance : \_\_\_\_\_

### PERSONNE-RESSOURCE

Nom du parent : \_\_\_\_\_

Tél. (cellulaire) : \_\_\_\_\_ Autre tél. (travail,résidence) : \_\_\_\_\_

### INFORMATION SUR LA MÉDICATION

Nom du médicament : \_\_\_\_\_

Raison de la prise du médicament : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dose : \_\_\_\_\_

Fréquence : \_\_\_\_\_ Heures : \_\_\_\_\_

Forme : capsule pilule  liquide  autre  spécifiez : \_\_\_\_\_

Mon enfant prend son médicament : seul  avec de l'aide

Le médicament a besoin d'être réfrigéré : oui  non

Date du début de la prise du médicament : \_\_\_\_\_ Fin : \_\_\_\_\_

Le médicament sera remis à l'animateur : chaque jour  chaque semaine

Autres informations pertinentes :

**J'autorise mon enfant à prendre le médicament décrit ci-dessus en se conformant aux modalités prescrites.**

Nom du parent/tuteur : \_\_\_\_\_

Signature du parent/tuteur : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature de la direction du camp de jour la Toupie : \_\_\_\_\_