

Consentement parental – traitement et transport d’urgence

Nom de l’enfant : _____ Date de naissance : _____
No d’assurance maladie : _____ Date d’expiration : _____

Si, à quelque moment que ce soit, un traitement médical s’impose pour cause de blessure ou maladie soudaine, j’autorise le personnel éducateur de garde à prendre toutes les mesures d’urgence qu’il juge nécessaire au bien-être de mon enfant pendant qu’il en a la responsabilité.

Je comprends que ces mesures englobent la consultation d’un médecin, l’interprétation et l’exécution des directives de ce dernier, ainsi que le transport – y compris le transport par ambulance – de l’enfant à l’hôpital ou au cabinet du médecin.

Dans la mesure du possible, on amènera l’enfant à l’hôpital **IWK** ou au cabinet du Dr (veuillez inscrire le nom, adresse et numéro de téléphone du médecin).

Je comprends que ces mesures peuvent être prises avant que je ne sois avisé(e) et que tous les frais engagés aux fins de traitement, y compris le transport par ambulance, me seront facturés.

Signature du parent : _____ Date : _____

Signature du directeur du service de garde : _____ Date : _____

Parental consent for emergency transportation

Child’s name: _____ Date of birth: _____
Health card number (MSI): _____ Date of expiration: _____

If, at any time, due to such circumstances as an injury or sudden illness, medical treatment, I authorize the child care staff to take whatever emergency measures they deem necessary for the protection of my child while in their care.

I understand that this may involve calling a physician, interpreting and carrying out his or her instructions, and transporting my child to a hospital or physician office, including the possible use of an ambulance.

If possible, the hospital will be **IWK** or the physician’s office will be (include physician’s name, address and phone number).

I understand that this may be done prior to contacting me, and that any expense occurred for such treatment, including ambulance fees, is my responsibility.

Parent’s signature: _____ Date : _____

Centre Director’s signature: _____ Date : _____