

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** (veuillez inscrire le nom 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 (include physician’s name).

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 : _____