

## ANNEXE : AUTORISATION EN CAS D'URGENCE

(en référence à l'art. 122 du règlement sur les services de garde éducatifs à l'enfance)

\*\* À remettre au parent lorsque les services de garde ne sont plus requis. \*\*

J'autorise le prestataire de services de garde à prendre les dispositions nécessaires pour la santé de mon enfant, \_\_\_\_\_ en cas d'urgence.

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

Téléphone : \_\_\_\_\_ (travail)

Adresse : \_\_\_\_\_

**Numéro de carte à l'hôpital :** \_\_\_\_\_

**Nom de l'hôpital :** \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

### PERSONNES DEVANT ÊTRE AVISÉES DANS L'IMPOSSIBILITÉ DE JOINDRE LES PARENTS :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ (travail) \_\_\_\_\_ (domicile)

Adresse : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ (travail) \_\_\_\_\_ (domicile)

Adresse : \_\_\_\_\_

### INFORMATIONS SPÉCIFIQUES :

Date de naissance de l'enfant : \_\_\_\_\_

Groupe sanguin : \_\_\_\_\_

# d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

Maladies

graves : \_\_\_\_\_

Recommandations particulières : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_