



## PROCÉDURE DE TRANSMISSION DES INFORMATIONS MÉDICALES

### PROCÉDURES DE TRANSMISSION

La coordonnatrice des loisirs transmet à l'animateur, l'information pertinente dans le cadre de ses fonctions : allergies, problèmes de santé affectant la participation aux activités, médication à prendre, asthme, etc. Les informations sont transmises par écrit sur la carte de présence de l'enfant. La coordonnatrice des loisirs précise à l'animateur verbalement les situations plus particulières lors de la remise des cartes de présence.

### PROCÉDURE DE MISE À JOUR DES INFORMATIONS

(Médicales, adulte autorisé à quitter avec l'enfant, etc.) Si des modifications quant à l'état de santé d'un participant surviennent, les parents et/ou adultes responsables sont responsables de le signaler à la coordonnatrice du CDJ. La responsable du « SERVICE DE GARDE » a la responsabilité de modifier l'information sur la carte de présence de l'enfant au besoin.

### FORMULAIRE DE MISE À JOUR DES INFORMATIONS MÉDICALES (svp, écrire en lettres moulées)

Camp de jour de la municipalité de Saint-Bernard

PRÉNOM ET NOM DE L'ENFANT :

\_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE :

\_\_\_\_\_

INFORMATIONS À TRANSMETTRE À L'ANIMATEUR ET À  
ANNEXER À LA FICHE-INSCRIPTION:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SIGNATURE DU PARENT ET/OU ADULTE RESPONSABLE :  
\_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

Retournez ce document complété par courriel à [coordo@saint-bernard.quebec](mailto:coordo@saint-bernard.quebec)  
ou en personne au bureau municipal, 1499 rue Saint-Georges avant le 15 juin  
2026.



## Programme estival 2026

### Fiche Administration médicament – Camp de jour

J'autorise le personnel de l'équipe de l'animation estivale de la municipalité de Saint-Bernard à administrer à mon enfant le médicament qu'il est tenu de prendre durant la journée.

Voici les informations et la marche à suivre :

DATE D'ÉMISSION DE L'AUTORISATION : _____
VALIDE DU _____ AU _____
_____ 2026
REÇU PAR (nom de l'animateur) : _____
NOM DE L'ENFANT : _____
ÂGE : _____ GROUPE : _____

NOM DU MÉDICAMENT : _____
POSOLOGIE : _____
QUANTITÉ : _____
HEURE – FRÉQUENCE – NOMBRE DE JOURS : _____
_____
_____
POSOLOGIE EFFECTIVE POUR (DURÉE PRÉVUE DE LA MÉDICATION) : _____
EFFET(S) SECONDAIRE(S) POSSIBLE(S) : _____
_____
_____

NOM DU PARENT ET/OU ADULTE RESPONSABLE (EN LETTRE S, MOULEZ) : _____
SIGNATURE DU PARENT ET/OU ADULTE RESPONSABLE : _____
DATE : _____
TÉLÉPHONE EN CAS D'URGENCE : _____

Retournez ce document complété par courriel à [coordo@saint-bernard.quebec](mailto:coordo@saint-bernard.quebec) ou en personne au bureau municipal, 1499 rue Saint-Georges avant le 15 juin 2026

Merci de votre collaboration!