

# Feuille d'urgence - LOCO Parentis

## Le Petit Chaperon Rouge



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

Date de naissance:     /    /        

Sexe:  F  M

### Parent 1

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

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

Ville: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_

Téléphone de domicile: (    )- \_\_\_\_\_ Téléphone cellulaire: (    )- \_\_\_\_\_

### Parent 2

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

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

Ville: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_

Téléphone de domicile: (    )- \_\_\_\_\_ Téléphone cellulaire: (    )- \_\_\_\_\_

### Médecin

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

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

Ville: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_

Téléphone: (    )- \_\_\_\_\_ Carte de Santé: \_\_\_\_\_

**Allergies:**

### Personnes autorisées à venir chercher l'enfant en cas d'urgence

#### Contact 1

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Téléphone de domicile: (    )- \_\_\_\_\_ Téléphone cellulaire: (    )- \_\_\_\_\_

#### Contact 2

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Téléphone de domicile: (    )- \_\_\_\_\_ Téléphone cellulaire: (    )- \_\_\_\_\_

\*En cas d'urgence, je donne ma permission à la garderie Le Petit Chaperon Rouge d'accompagner mon enfant en ambulance ou en taxi au centre hospitalier ou médical le plus proche et d'accepter tout traitement médical, anesthésie ou autres procédés médicaux considérés nécessaires par le médecin, pour le bien-être de mon enfant. Je comprends que je serai contactée immédiatement après l'accident.

Signature du parent: \_\_\_\_\_ Date:     /    /    

Signature de la directrice: \_\_\_\_\_ Date:     /    /