

FORMULAIRE D'INFORMATION MÉDICALE 2023

Le bureau des Programmes de sensibilisation en génie est déterminée à collaborer avec vous pour gérer la santé, les conditions médicales et les allergies de votre enfant. Veuillez compléter ce formulaire qui fournira des informations essentielles et des directives sur la façon de gérer les problèmes de santé et les allergies de votre enfant.

Nom du participant/élève: _____

Date de naissance: _____ Âge: _____

Numéro d'assurance maladie : _____

Province de l'assurance maladie : _____

Indiquer la/les semaine(s) à laquelle votre enfant est inscrit :

- ___ 26 au 30 juin
- ___ 4 au 7 juillet
- ___ 10 au 14 juillet
- ___ 17 au 21 juillet
- ___ 24 au 28 juillet
- ___ 31 juillet au 4 août
- ___ 8 au 11 août
- ___ 14 au 18 août
- ___ 21 au 25 août

Indiquer le/les programme(s) à laquelle votre enfant est inscrit :

GéniSci ___ GéniSci pour filles ___ Filles Innovatrices ___ AdoSci ___ InfoTech ___ MiniMed ___
Programmes d'enrichissement ___ AdoTech ___ Programme de bénévolat ___ Camp STIM/Sports ___

Indiquer l'emplacement du programme de votre enfant:

Campus de l'université d'Ottawa ___
Orléans ___
Kanata ___
Barrhaven ___

A) Description du problème de santé (p.ex. allergie aux arachides, asthme, épilepsie, etc.). Soyez précis.

B) Symptômes :

C) Décrivez les situations susceptibles de provoquer un épisode médical ou une réaction allergique mortelle (contact, inhalation, ingestion, exercice physique).

D) Mesures à prendre en cas d'épisode médical ou de réaction allergique mortelle. Soyez précis et indiquez les étapes à suivre lors de l'administration des médicaments essentiels à la survi de votre enfant.

E) Médication / Posologie (i.e. Épipen, pompe d'asthme, etc.)

F) Date d'expiration du médicament :

AUTORISATION ET DÉCHARGE AUX FINS DE L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

J'ai demandé à ce que l'un ou des médicaments (tel que l'injection d'un Épipen) soient administrées à mon enfant dans l'éventualité d'une urgence menaçant la vie, et demandé à ce que soit prise toute autre mesure de sauvetage mentionnée ci-dessus.

Je comprends que ni le bureau des Programmes de sensibilisation en génie ni l'Université d'Ottawa ne peuvent garantir que ces mesures seront prises. Je consens à remettre au personnel de l'université une déclaration médicale écrite et mise à jour si jamais il se révélait nécessaire de changer le médicament ou la posologie pendant que mon enfant fréquente le camp. Je comprends qu'il m'incombe de tenir informé le personnel du camp.

Je comprends également que le Formulaire d'information médicale sera mis à la disposition du personnel de l'université. Je consens à ce que mon enfant porte sur lui, en tout temps, tout médicament décrits ci-haut durant son séjour au camp/dans le cours. Je peux également décider de fournir une deuxième dose ou un autre dispositif EpiPen que l'instructeur gardera en sa possession jusqu'à la fin du programme.

Bien que le personnel de l'université fera tout en son possible pour veiller à ce que l'environnement soit exempt d'allergènes, je comprends et reconnais que le personnel de soutien, les employés, les installations et les programmes de l'Université d'Ottawa ne sont pas en mesure de garantir que mon enfant évoluera dans un environnement totalement exempt d'allergènes.

Nom du parent ou tuteur en lettres moulées: _____

Signature du parent ou tuteur: _____ Date: _____

NOTES - Ce formulaire doit être remis le matin de la première semaine du programme. - Nous vous encourageons à joindre une photo récente de votre enfant à ce document.