

## ENFANT AYANT DES ALLERGIES

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT PARENTAL POUR L'ADMINISTRATION D'ÉPIPEN À UN ENFANT

PUISQUE MON ENFANT POSSÈDE UN ÉPIPEN...

Je soussigné \_\_\_\_\_  
Nom du parent

Autorise \_\_\_\_\_ coordonnateur  
du camp de jour de St-Marc ou

\_\_\_\_\_, monitrice de mon enfant  
d'administrer l'EpiPen à mon enfant advenant une réaction allergique.

- Aux arachides et autres noix, aliments contenant des noix ou des arachides
- Aux piqûres d'insectes
- Autres, spécifiez :

\_\_\_\_\_

Je consens à fournir à la direction du camp la médication requise et à la remplacer avant la date d'expiration.

Signé le \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Parent/ autorité parentale