

**RENSEIGNEMENTS DE L'ÉLÈVE**

Nom complet	École	Niveau scolaire	N° Médic Alert
Contact 1	Lien de parenté	Téléphone 1	Téléphone 2
Contact 2	Lien de parenté	Téléphone 1	Téléphone 2

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

Condition médicale
Allergène
Réaction à prévoir
Nom du médicament
Dosage prescrit
Où est l'auto-injecteur?



***\*Obligatoire***

**DÉCLARATION DE L'AUTORITÉ PARENTALE**

Je, soussigné, déclare avoir lu la politique de transport [CTSO037 - Procédures d'urgence / auto-injecteur épinéphrine](#).

En vertu de la Loi de Sabrina de 2006 visant à protéger les élèves anaphylactiques, j'accepte que les renseignements médicaux soient partagés avec le personnel approprié et rendus accessibles dans l'autobus.

J'autorise le conducteur ou la conductrice de l'autobus à administrer le médicament épinéphrine à mon enfant en cas d'urgence et à obtenir l'aide médicale appropriée.

J'exonère le Consortium de transport scolaire d'Ottawa (CTSO), le conducteur ou la conductrice ainsi que le transporteur scolaire de toute responsabilité advenant une réaction négative découlant de l'administration dudit médicament à mon enfant.

Je comprends que je serai responsable de tous les coûts associés au traitement médical.

Je comprends que ce plan sera révisé chaque année et je m'engage à aviser le CTSO si la situation change avant la révision.

Signature de l'autorité parentale

Date

\_\_\_\_\_

**Réservé au CTSO**

N° parcours :
Transporteur :

**N.B. :** Veuillez remettre ce formulaire signé avec une photo de votre enfant au secrétariat de l'école le plus tôt possible.