

Formulaire d'autorisation pour l'application d'insectifuge

Refus d'autorisation : Initial du parent : _____ Date : _____

Le parent n'est pas tenu de consentir à l'application du protocole. Toutefois s'il ne signe pas ce formulaire, l'insectifuge ne pourra être appliqué à son enfant à moins que lui-même et un membre du Collège des médecins du Québec ne donnent leur autorisation par écrit. Il peut limiter la période de validité de l'autorisation en inscrivant la durée d'application à la rubrique prévue à cette fin.

J'autorise le **Centre de Ressources pour les Familles Militaires Région de Montréal** à appliquer à mon enfant, conformément au protocole FO-646, l'insectifuge vendu sous la marque commerciale suivante : *Off* ou autre (produit fourni par le parent seulement).

Nom et prénom de l'enfant : _____

Durée de l'autorisation : Jusqu'à ce que l'enfant ait 6 ans ou toute la durée de l'utilisation des services du CRFM

Signature du parent : _____ Date : _____

Ce protocole, initialement préparé par le Ministère de la Famille, a été révisé par des représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux, en 2010 puis en 2013 et approuvé par l'Association des pédiatres du Québec en 2013. L'information qu'il contient correspond à l'état des connaissances sur le sujet en 2013.

Formulaire d'autorisation pour l'administration d'acétaminophène.

Refus d'autorisation : Initial du parent : _____ Date : _____

Le parent n'est pas tenu de consentir à l'application du protocole. Toutefois, s'il ne signe pas le formulaire d'autorisation, l'acétaminophène ne pourra être administrée à son enfant à moins que lui-même et un membre du Collège des médecins du Québec ne donnent leur autorisation par écrit. Il peut limiter la période de validité de l'autorisation en inscrivant la durée d'application à la rubrique prévue à cette fin.

J'autorise le **Centre de Ressources pour les Familles Militaires Région de Montréal** à administrer à mon enfant, conformément au protocole FO-647, de l'acétaminophène vendu sous la marque commerciale suivante : *Tempra* ou autre (produit fourni par le parent seulement).

Nom et prénom de l'enfant : _____

Durée de l'autorisation : Jusqu'à ce que l'enfant ait 6 ans ou toute la durée de l'utilisation des services du CRFM

Signature du parent : _____ Date : _____

Formulaire d'autorisation pour observation technique en éducation spécialisée

Refus d'autorisation : Initial du parent : _____ Date : _____

Le parent n'est pas tenu de consentir à l'application du protocole. Le centre de ressources pour les familles de militaire compte dans son équipe une technicienne en éducation spécialisée. Elle pourrait lors de certaines situations ou activités, venir faire de l'observation dans les installations de la halte-garderie afin d'outiller, supporter et faciliter le travail des éducatrices. Lors de ses observations, elle pourrait constater certaines situations qui seraient alors automatiquement rapportées aux parents. En autorisant ce type d'observations, le parent nous permet de supporter les éducatrices, mais aussi d'offrir à l'enfant la possibilité d'accéder à un développement harmonieux et adapté à ses besoins.

Nom et prénom de l'enfant : _____

Durée de l'autorisation : Jusqu'à ce que l'enfant ait 6 ans ou toute la durée de l'utilisation des services du CRFM

Signature du parent : _____ Date : _____

INFORMATIONS PARTICULIÈRES SUR VOTRE ENFANT

Les premières journées dans un milieu de garde peuvent être éprouvantes pour le parent comme pour l'enfant! Sachez qu'à tout moment, vous pouvez téléphoner à la halte-garderie pour prendre des nouvelles de votre enfant, il nous fera plaisir de vous en informer. Vous avez reçu, lors de l'inscription de votre enfant, une carte avec tous les numéros nécessaires. Si vous ne l'avez pas reçue, demandez-la à notre réceptionniste.

Nous vous encourageons à nous décrire les habitudes de votre enfant afin de le connaître mieux et de respecter ses habitudes. Remplissez et détachez cette feuille, et remettez-la à votre éducatrice.

Nom de l'enfant : _____ Âge : _____

Langues parlées à la maison : _____

Frères, sœurs et autres personnes vivant à la maison : _____

Vécu particulier (ex : absence d'un parent militaire) : _____

Boit et mange seul : Oui Non

Aliments préférés : _____

Aliments moins populaires : _____

Allergies alimentaires : Oui Non

Si oui, lesquelles : _____

Heures de repas habituelles : _____

Objet de réconfort : _____

Sieste Oui Non : Durée AM: _____ Durée PM: _____

Heures habituelles des siestes : AM : _____ PM : _____

Déplacements (marche, rampe, s'assoit, etc.) : _____

Langage (mots, courtes phrases, difficile, etc.) : _____

Propreté (couches lavables/jetables, en entraînement, pot, toilette, etc) : _____

Crainces, peurs : _____

Moyens utilisés pour les surmonter : _____

Activités préférées : _____

Informations supplémentaires que vous aimeriez ajouter : _____