

Plan de garde d'enfants en cas d'urgence

Un **plan de garde d'enfants en cas d'urgence** se résume en un plan écrit qui énonce vos modalités de garde régulières de votre enfant et les urgences. Par exemple, si votre bébé reste à la maison avec un parent, qui s'occupera de lui si ce parent est victime d'un accident pendant que l'autre parent est déployé? Quel est votre plan B si cet arrangement tombe à l'eau? **Le plan de garde d'enfants en cas d'urgence ne constitue pas le plan de garde familial (DOAD 5044) que vous avez rempli avec votre unité, mais se veut plutôt une ressource additionnelle pour vous aider avec la planification de garde d'enfants en cas d'urgence. Ce plan peint en détail la routine de votre enfant sur une base quotidienne, notamment :**

L'entente sur la garde d'enfants en cas d'urgence :

- Nom de la personne à contacter
- Formulaire de renseignements sur l'enfant à remplir

Les modalités régulières de la garde d'enfants :

- Soins prodigués par le parent
- Soins prodigués par les proches, les amis ou les gardiens(nes) d'enfants
- Service de garde d'enfants (préscolaire, service de garde, service avant et après l'école)
- École
- Activités après l'école

Le formulaire de renseignements sur l'enfant

- Noms (celui de l'enfant et le vôtre), adresse, téléphone
- Numéro de la carte santé
- Numéro de téléphone du médecin
- Allergies
- Préoccupations liées à la santé et au comportement
- Garde de l'enfant / modalités de visite
- Intérêts, activités et routines



Le formulaire de renseignements sur l'enfant, compris dans cette trousse, se prépare à l'avance et doit être remis à l'ami(e) ou au proche choisi comme contact d'urgence. Conservez une copie si vous devez le remettre au service de garde. **Vous devez le mettre à jour chaque année.**



Plan de garde d'enfants en cas d'urgence

Remplir un plan par enfant.

Renseignements généraux

Date du plan : _____

Nom de l'enfant : _____ Sexe : M F Naissance (A/M/J) : _____

Nom des parents : _____

Adresse : _____ Téléphone : _____

Membre de l'unité : _____ Téléphone au travail : _____

Numéro de la carte santé : _____ Date d'expiration : _____

Autre assurance médicale : _____

Inscrire le nom des autres enfants de la famille et leur âge (et nom de famille s'il diffère) :

1. _____ Âge: _____ 3. _____ Âge: _____

2. _____ Âge: _____ 4. _____ Âge: _____

Langue(s) parlée(s) à la maison : _____

Service de garde régulier quotidien

Plan B

Nom du/de la gardien(ne) : _____ Nom : _____

Adresse du/de la gardien(ne) : _____ Adresse : _____

Téléphone du/de la gardien(ne) : _____ Téléphone : _____

Service de garde régulier prolongé (fins de semaine, vacances, soirées)

Plan B

Nom du/de la gardien(ne) : _____ Nom : _____

Adresse du/de la gardien(ne) : _____ Adresse : _____



Téléphone du/de la gardien(ne) : _____ Téléphone : _____

Service de garde d'urgence

Plan B

Nom du/de la gardien(ne) : _____ Nom : _____

Adresse du/de la gardien(ne) : _____ Adresse : _____

Téléphone du/de la gardien(ne) : _____ Téléphone : _____

Service de garde d'urgence

Plan B

Après les heures normales de travail

Nom du/de la gardien(ne) : _____ Nom : _____

Adresse du/de la gardien(ne) : _____ Adresse : _____

Téléphone du/de la gardien(ne) : _____ Téléphone : _____

**Autres possibilités de garde prolongée
(déploiements, périodes de transition, maladie)**

Plan B

Nom du/de la gardien(ne) : _____ Nom : _____

Adresse du/de la gardien(ne) : _____ Adresse : _____

Téléphone du/de la gardien(ne) : _____ Téléphone : _____

Si votre enfant va à l'école ou fréquente un service de garde, veuillez inscrire le nom de l'établissement, le lieu/l'adresse, le numéro de téléphone, le nom de la personne-ressource et l'itinéraire de l'autobus :

Si votre enfant a une activité parascolaire à son horaire, indiquez le nom de l'activité, l'horaire, le lieu/l'adresse, le numéro de téléphone, le nom de la personne-ressource et son moyen de transport pour s'y rendre et y revenir :



Renseignements médicaux

Médecin de famille : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

Dentiste : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

Veuillez répondre aux questions suivantes :

Inscrivez les heures précises (s'il y a lieu, inclure la prescription du médicament avec la dose et la façon de l'administrer).

Prenez note que le/la gardien/(ne) peut seulement administrer le médicament s'il est dans son contenant original.

Votre enfant a-t-il ou a-t-il déjà eu	Oui	Non	Si oui, inscrire un commentaire
Allergies (nourriture)			
Allergies (médicament)			
Allergies (animaux/autres)			
Maladie grave au cours de la dernière année			
Problèmes médicaux continus			
Limitations physiques/besoins spéciaux			
Problèmes psychologiques			
Médication			
Vaccination à jour			



(Mettre ce document à jour minimum une fois par année)

CONSENTEMENT AU TRAITEMENT MÉDICAL DE L'ENFANT

Je/nous _____ et _____

(mère/tutrice)

(père/tuteur)

autorise/autorisons par la présente les personnes inscrites dans mon/notre plan de garde d'enfants d'agir en mon/nos nom(s) pour consentir à un traitement médical ou à la communication de renseignements médicaux qui peut, selon leur avis, être dans le meilleur intérêt de mon/notre enfant. Cette permission peut comprendre l'administration d'anesthésiques considérés comme nécessaires ou recommandables par le médecin traitant, le chirurgien, le dentiste et le personnel d'hôpital.

Signature de la mère/tutrice : _____

Signature du père/tuteur : _____

Crème solaire/insectifuge

J'autorise, par la présente, les personnes inscrites dans mon plan de garde d'enfants d'appliquer de la crème solaire et de l'insectifuge à _____ au besoin.

Signature du parent

Directives aux parents/tuteurs :

Nous invitons les deux parents à signer le formulaire. Si un des deux parents n'est pas en mesure de le signer, veuillez indiquer la raison en dessous de la ligne de la signature. Si vous êtes tuteur de l'enfant, vous devez fournir une déclaration concernant la nature de votre tutelle. Vous devez passer en revue ce document chaque année pour vous assurer de l'exactitude des renseignements selon la situation actuelle. **Ce formulaire se veut à titre d'exemple, donc nous vous recommandons de consulter le ministère de la Santé et un avocat avant de l'utiliser.**



Antécédents de santé et de développement

Inscrivez toutes difficultés ou maladies graves à la naissance.

Décrivez l'état de santé général de votre enfant (p. ex. rhumes, otites, maux d'estomac fréquents, etc.).

Souffre-t-il actuellement d'un problème médical grave? Oui _____ Non _____

Si votre enfant prend un médicament, quelle est sa médication et à quoi sert-elle?

Votre enfant a-t-il déjà été chez le dentiste? Oui _____ Non _____

Votre enfant a-t-il des problèmes au niveau de sa dentition? Oui _____ Non _____

Précisez la façon dont votre enfant s'exprime (p. ex. avec des gestes, des mots, des phrases complètes, etc.).

Comment décririez-vous le développement émotif, physique et social de votre enfant jusqu'à maintenant?

Décrivez l'alimentation de votre enfant (y compris les types d'aliments/liquides qu'il consomme actuellement) :

Liquides/breuages : _____

Aliments solides : _____



S'il souffre d'allergies, sont-elles assez sérieuses pour nécessiter un traitement ou un médicament d'urgence?

Oui _____ Non _____

Si oui, veuillez le préciser ici :

Votre enfant a-t-il déjà mangé du beurre d'arachides ou des produits contenant des noix?

Oui _____ Non _____

Restrictions alimentaires (de motif culturel ou religieux)

Explicitez vos préoccupations en ce qui concerne l'alimentation ou les habitudes alimentaires de votre enfant :

S'il y a lieu, quelle est la progression de votre enfant en matière de propreté (petit pot, toilette, etc.)?

Habitudes et comportement

Décrivez le comportement et les habitudes de votre enfant (p. ex. tempérament, niveau d'énergie, etc.) :

Expliquez une journée ordinaire dans la vie de votre enfant, du lever au coucher, y compris les siestes, les repas, l'heure de jeu, etc. :

Matin :



Après-midi :

Soir :

Inscrivez les habitudes particulières (suce son pouce, aime se faire bercer, etc.) ou les attachements (jouet préféré, doudou, etc.) de votre enfant :

Décrivez les peurs particulières de votre enfant (bruits forts, animaux étrangers, etc.) :

Définissez la façon dont votre enfant réagit lors de situations stressantes (il crie, se retire, fait des cauchemars, etc.) :

Comment votre enfant réagit-il face à de nouvelles situations?

Expliquez-nous votre façon de voir les choses quant à l'éducation de votre enfant et vos limites par rapport à son comportement :

Doit-on connaître d'autre chose au sujet de votre enfant pour en prendre soin?



Donnez-vous la permission à votre enfant de regarder la télévision? OUI NON
Si oui, quelles sont les émissions permises?

Déclaration d'entente

En apposant votre signature ci-dessous, vous attestez que les informations contenues sur ce formulaire sont complètes, exactes et sincères et que les renseignements seront mis à jour au besoin. Vous avez lu et compris les autorisations stipulées ci-dessus. Vous comprenez que les parties identifiées sur ce formulaire auront accès à vos renseignements personnels inscrits dans votre plan de garde d'enfants et pourront être divulgués à d'autres parties dans l'éventualité d'une urgence où votre enfant a besoin de soins ou d'une aide médicale.

Je _____ confirme avoir lu et compris la déclaration d'entente et tout ce qui s'applique dans mon plan de garde d'enfants.

Signature du parent

Date