



# MAÎTRISE DES PETITS CHANTEURS DE QUÉBEC TOURNÉE- 2008

---

## AUTORISATION DE SOINS

Quand ma santé est en jeu et que je ne suis pas en mesure de prendre une décision; quand les autorités médicales (médecins, infirmiers, ambulanciers) conseillent des soins plus élaborés qui réclament le consentement d'un membre de ma famille ou d'un proche; quand les démarches raisonnables pour rejoindre ces personnes sont demeurées vaines; et que l'urgence du cas ne laisse pas le temps de poursuivre ces démarches; **les responsables de la tournée peuvent alors prendre les décisions qui s'imposent pour ma santé.**

Par la présente, et dans les circonstances décrites ci-dessus, **j'autorise** CHANTAL PERREAULT, MADELEINE ROCHETTE, LOUISE ROY, PAUL-ÉMILE ROY ET CÉLINE BINET, **à communiquer avec un médecin ou un infirmier et à recourir à leurs services s'ils le jugent nécessaire.** J'accepte, s'il y a lieu, la responsabilité financière des soins.

Nom de mon enfant : \_\_\_\_\_

Signature d'un parent : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_



# Fiche médicale

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ ans

## Problème(s) de **santé**

<i>Maladies ou allergies</i>	<i>Médicaments (1)</i>

(1) Joindre, s'il y a lieu, copie d'une prescription du médecin

## EN CAS D'URGENCE

<b>Nom</b>	<b>Lien</b>	<b>Téléphone (résidence)</b>	<b>Téléphone (travail ou cellulaire)</b>