

# INDIVIDUAL PLAN



Child's name: \_\_\_\_\_

Description of the allergy/intolerance/asthma or other:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Picture

Strategy to follow to prevent the exposure or reaction:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signs and symptoms observed:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medication to administer and expiry date on the container:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Procedures to administer the medication:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Emergency contacts and telephone numbers:

Mother's name:	#Cell: #Work: #Home:
Father's name:	#Cell: #Work: #Home:
Other emergency contact Name:	#Cell: #Work: #Home:

I, \_\_\_\_\_ (printed parent's name), consent that the Clarence-Rockland municipal daycare employees, administrate the urgent medications to my child \_\_\_\_\_ (name of the child), to control the signs and symptoms.

\_\_\_\_\_  
Parent's/or and Doctor's signature

\_\_\_\_\_  
Date

# PLAN INDIVIDUEL



Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Description de l'allergie/intolérance/asthme ou autre :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Photo

Stratégie à prendre afin d'éviter l'exposition ou la réaction :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signes et symptômes observés :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Médicament à administrer et date d'expiration inscrite sur le contenant :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Procédures d'administration du médicament :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Contacts d'urgence et numéro de téléphone :

Nom de la mère:	#Cellulaire: #Travail: #Maison:
Nom du père:	#Cellulaire: #Travail: #Maison:
Autre contact d'urgence Nom:	#Cellulaire: #Travail: #Maison:

Je, \_\_\_\_\_ (imprimé le nom du parent), consent à ce que les employés du Service de Garderies municipales de la Cité Clarence-Rockland, administrent des médicaments d'urgence, à mon enfant \_\_\_\_\_ (nom de l'enfant), pour contrer les signes et symptômes.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent et/ou médecin

\_\_\_\_\_  
Date