

Centre ressources pour les familles des militaires de Petawawa
Plan d'urgence pour la garde d'enfants

Objectif :

Les familles pensent souvent qu'elles n'ont pas besoin d'un plan, surtout si l'un des parents est généralement à la maison. Un plan d'urgence actualisé et complet pour la garde d'enfants vous permet d'être prêt à faire face à toute situation, y compris une situation d'urgence.

Comment compléter ce plan :

1. Remplissez les pages suivantes avec clarté et précision
2. Identifiez la personne qui détiendra une copie du plan à contacter en cas d'urgence
(il peut s'agir d'un membre de la famille, d'un collègue, d'un ami, d'un voisin, etc.)
3. Imprimez ou fournissez une copie numérique du plan à ce contact.
4. Mettez le plan à jour régulièrement ou si les informations deviennent obsolètes.

Si vous avez des questions ou des préoccupations, ou si vous souhaitez obtenir une trousse d'aide pour les soins familiaux d'urgence accompagnée d'une copie papier de ce formulaire, la coordonnatrice des soins familiaux d'urgence du CRFMP est disponible du lundi au vendredi, de 8 h à 16 h, au 613-687-1641, poste 2230, ou par courriel à l'adresse suivante : EFCC@PetawawaMFRC.com.

Garde d'enfants d'urgence 24/7 à Petawawa

En cas de défaillance de votre Plan de garde familiale, il existe un service de garde d'urgence 24 heures sur 24 offert par le CRFMP que vous pouvez contacter :

-Du lundi au vendredi, de 8 h à 16 h : appelez le 613-687-1641, poste 2230.

Les week-ends, les jours fériés et après les heures de travail : appelez le 613-687-5511, poste 5611.

Nom de l'enfant : _____ Âge : _____

Nom de l'enfant : _____ Âge : _____

Nom de l'enfant : _____ Âge : _____

Parent(s) gardien(s) _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

Date du plan : _____

2.

Soins quotidiens réguliers

Nom du prestataire de soins : _____

Adresse du prestataire de soins : _____

Téléphone du prestataire de soins : _____

Plan de secours

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Soins prolongés réguliers (week-ends, jours fériés, soirées)

Nom du prestataire de soins : _____

Adresse du prestataire de soins : _____

Téléphone du prestataire de soins : _____

Plan de secours

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Garderie d'urgence (services du CRFMP disponibles)

Nom du prestataire de soins : _____

Adresse du prestataire de soins : _____

Téléphone du prestataire de soins : _____

Plan de secours

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Soins d'urgence après les heures de bureau (services du CRFMP disponibles) Plan de secours

Nom du prestataire de soins : _____

Adresse du prestataire de soins : _____

Téléphone du prestataire de soins : _____

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Soins alternatifs prolongés (déploiements, périodes de transition, maladie)

Plan de secours

Nom du prestataire de soins : _____

Adresse du prestataire de soins : _____

Téléphone du prestataire de soins : _____

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Soyez prêts ... Préparez vos plans de garde d'enfants

3.

Coordonnées de la personne à contacter en cas d'urgence

Fournissez une liste de noms, d'adresses et de numéros de téléphone comme liste de contacts en cas d'urgence, au cas où votre prestataire de services de garde d'enfants aurait besoin de contacter votre famille ou vos amis.

Personne à contacter en cas d'urgence n°1

Nom: _____

Lien de parenté : _____

Téléphone personnel : _____

Téléphone professionnel : _____

Adresse personnelle : _____

Adresse professionnelle : _____

Contact d'urgence n° 2

Nom: _____

Lien de parenté : _____

Téléphone personnel : _____

Téléphone professionnel : _____

Adresse personnelle : _____

Adresse professionnelle : _____

Contact d'urgence n° 3

Nom: _____

Lien de parenté : _____

Téléphone personnel : _____

Téléphone professionnel : _____

Adresse personnelle : _____

Adresse professionnelle : _____

Signature du parent

Date d'entrée en vigueur

4.

Antécédents médicaux de l'enfant

Nom de l'enfant _____ Sexe _____

Date de naissance : _____

Numéro de la carte de santé _____

Adresse du domicile : _____ Téléphone du domicile : _____

Nom du docteur de famille: _____

Adresse: _____ Téléphone: _____

Veillez remplir les sections suivantes avec précision et inclure les informations importantes pour la santé de votre enfant.

État de santé de votre enfant

Allergies _____ Oui _____ Non

Donnez des détails (veuillez inclure les médicaments prescrits, ainsi que la posologie et les heures d'administration). Veuillez noter que les médicaments ne peuvent être administrés par un prestataire de soins que s'ils se trouvent dans l'emballage original prescrit.)

5.

Crises d'épilepsie _____ Oui _____ Non

Donnez des détails (veuillez inclure les médicaments prescrits, ainsi que la posologie et les heures d'administration). Veuillez noter que les médicaments ne peuvent être administrés par un prestataire de soins que s'ils se trouvent dans l'emballage original prescrit.)

Diabète _____ Oui _____ Non

Donnez des détails (veuillez inclure les médicaments prescrits, ainsi que la posologie et les heures d'administration). Veuillez noter que les médicaments ne peuvent être administrés par un prestataire de soins que s'ils se trouvent dans l'emballage original prescrit.)

6.

Autre

Veillez indiquer les antécédents médicaux de votre enfant. Gardez à l'esprit que ces informations pourront être consultées en votre absence. Plus vous fournirez d'informations, plus votre enfant et le prestataire de soins en bénéficieront.

Si, à tout moment, en raison de circonstances telles qu'un accident, une maladie soudaine ou une urgence, un traitement médical est nécessaire, celui-ci peut être administré, y compris sous anesthésie, par un médecin privé ou un hôpital.

Signature du parent

Date

8.

Décrivez les craintes ou les inquiétudes de votre enfant. Comment l'aidez-vous dans ces situations ?

Veillez indiquer toute autre information concernant votre enfant qui pourrait être utile au fournisseur de soins en votre absence : (bus, école, langue, etc.)

Signature du parent

Date