

Autorisation d'administrer des médicaments

Nous, soussignés, Monsieur..... et Madame.....
père et mère de l'enfant,.....

Autorisons ()

N'autorisons pas ()

Madame

Assistante maternelle à donner à notre enfant :

-des antipyrétiques en cas de fièvre avec ordonnance prescrite par le médecin (à renouveler tous les ans)

-un traitement médical (fourni par les parents) en cas de maladie, avec l'ordonnance prescrite par le médecin (en cours de validité)

- un régime alimentaire sur prescription médicale.

Fait à le

Signature de la mère

Signature du père

Autorisation parentale d'intervention chirurgicale

Sous réserve d'en être préalablement informés ou les personnes désignées ci-dessous :

Nous, soussignés, Monsieur..... et Madame.....

père et mère de l'enfant,

Autorisons le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie, sur notre enfant

Fait à , le

Signature de la mère

Signature du père

Liste des personnes à contacter en cas d'urgence

En cas d'urgence l'assistante maternelle doit prévenir les parents. En l'absence des parents l'assistante maternelle peut contacter :

M.et/ou Mme.....

TEL :.....

M.et/ou Mme.....

TEL :.....

Signature de la mère

Signature du père