



Multi Accueil: « **LA RESPELIDO** »

AUTORISATIONS PARENTALES MEDICALES

NOM DE L'ENFANT :

PRENOM :

NOM DU DOCTEUR : Tél cab :

Adresse : Tél port :

NOM DU PEDIATRE : Tél cab :

Adresse : Tél port :

AUTORISATION D'HOSPITALISER

Je soussigné, monsieur en ma qualité de père

Je soussignée, madame en ma qualité de mère

Autorise (autorisons) en cas d'urgence, la directrice ou le personnel de la structure à faire transporter mon (notre) enfant à l'hôpital et à lui faire prodiguer les soins et interventions nécessaires, en nous prévenant dans les plus brefs délais.

Date :

Signature du père :

Signature de la mère :

AUTORISATION D'ADMINISTRER DES MEDICAMENTS

Je soussigné, monsieur en ma qualité de père

Je soussignée, madame en ma qualité de mère

Autorise (autorisons) en cas de fièvre supérieure à 38°5 C, la directrice ou le personnel de la structure à administrer à mon (notre) enfant du «doliprane» selon le protocole établi par le médecin de la crèche et en me (nous) prévenant dans les plus brefs délais.

Date :

Signature du père :

Signature de la mère :

Contre indication à un antipyrétique: (citer le nom du médicament).....

Date

Signature du père :

Signature de la mère :

AUTORISATION D'ADMINISTRER DES TRAITEMENTS SPECIFIQUES

| | |
|------------------------------------|--|
| Choc APAISYL | chute bosse hématome |
| Baby APAISYL | piqûre démangeaison |
| BIAFINE | brûlure hydratation de la peau |
| DIASEPHYL 0,5 % | désinfection cutanée, petites plaies, coupures, égratignures |
| DOLODENT gel | douleur dentaire |
| ALOPLASTINE- MITOSYL, pâte à l'eau | érythème fessier |
| SERUM PHYSIOLOGIQUE | nettoyage des yeux et du nez |
| COALGAN | saignement de nez |

Je soussigné, monsieur..... en ma qualité de père
Je soussignée, madame en ma qualité de mère
Autorise (autorisons) la directrice ou le personnel de la structure à utiliser les produits cités ci-dessus dans le cadre des soins quotidiens apportés à mon (notre) enfant.

Date :

Signature du père :

Signature de la mère :

AUTORISATION D'UTILISATION D'UNE PROTECTION SOLAIRE

Durant la période estivale, les parents sont tenus de fournir une crème solaire d'un indice minimum de 50 +
Dans l'éventualité où l'enfant n'aurait pas de crème solaire personnelle, nous appliquerons une protection hypoallergénique, spéciale enfant, d'un indice de protection minimum de 50 +.

Je soussigné, monsieur en ma qualité de père

Je soussignée, madame en ma qualité de mère

Autorise (autorisons) la directrice ou le personnel de la structure à appliquer à mon (notre) enfant une crème solaire hypoallergénique, spéciale enfant, d'un indice de protection minimum de 50 +.

Date :

Signature du père :

Signature de la mère :

CONTRE – INDICATION ET ALLERGIE

Je soussigné, monsieur..... en ma qualité de père

Je soussignée, madame en ma qualité de mère

Signale (signalons) à la directrice ainsi qu'au personnel de la structure que mon (notre) enfant présente l'allergie ou la contre-indication suivante :

ALLERGIE.....

CONTRE – INDICATION

Date :

Signature du père :

Signature de la mère :