

## AUTORISATION MÉDICALE

Je soussigné(e) (nom et prénom), .....

parents ou représentant légal de l'enfant (nom et prénom) .....Date de naissance .....

Téléphone où il est le plus facile de vous joindre : .....

En cas d'accident, ou de maladie, j'autorise l'équipe du multi-accueil familial :

- à prendre toute les mesures nécessaires, notamment les gestes de premiers secours et les premiers soins, prodigués par l'équipe.
- A confier mon enfant pour une courte durée à un membre de la famille désigné dans le dossier médical si je ne peux pas me rendre disponible.
- A contacter le médecin traitant de l'enfant en cas de besoin.

J'autorise également l'équipe du multi-accueil à donner tous les traitements notifiés sur les ordonnances que je lui aurais fourni.

J'autorise l'utilisation sur mon enfant des produits suivants sur le multi-accueil familial :

	j'autorise	je n'autorise pas
• Doliprane ! <b>uniquement si ordonnance fournie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Arnigel ! <b>uniquement si ordonnance fournie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bépanthène ! <b>uniquement si ordonnance fournie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Crème solaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Couches PAMPERS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Liniment oléo-calcaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je m'engage à bien dire à l'équipe du multi-accueil les médicaments pris à la maison le matin même, afin qu'il n'y ait pas de double prise en cas de besoin.

En cas d'affection contagieuse, je m'engage à prévenir les responsable du multi-accueil familial dans les meilleurs délais.

J'autorise  Je n'autorise pas  (cocher la case correspondante à votre choix) que mon enfant soit pesé en cas de besoin (dose poids de doliprane notamment)

Fait à..... Le .....

Signature des parents, ou du représentant légal,  
précédé de la mention « bon pour pouvoir »