AUTORISATIONS AUX SOINS

Nom de l'enfant :	Prénom :
Date de naissance :	Groupe JE :

Nous soussignés :

AUTORISE(NT) le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant :

- Transfert en pédiatrie
- Transfert aux urgences

DECHARGE(NT) la direction de la structure de toutes responsabilités pendant le trajet jusqu'à l'hôpital.
AUTORISE(NT) l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de mon enfant.

Les personnes ci-dessus mentionnées devant être prévenues dans les plus brefs délais.
DEMANDE(NT) au personnel de la structure :
-En cas de maladie de mon enfant, d'administrer sous ma responsabilité, les médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance.
-En cas de fièvre, d'administrer sous ma responsabilité, les antipyrétiques selon les prescriptions du médecin de la structure ou du médecin traitant.
-D'appliquer de la crème solaire en cas de nécessité.
-D'administrer des granules ou crèmes homéopathiques en cas de chutes.

CERTIFIE(NT) n'avoir rajouté aucune substance aux médicaments prescrits à notre enfant pendant toute la durée du contrat d'accueil et que ces médicaments ont été reconstitués selon la notice d'emploi.

Le : mention « Lu et Approuvé »
A : Signature des parents