



Enfant aux besoins de santé particuliers

Nom et Prénom :

Maison de l'enfance de Mauverney ou des Perrerets

Version 2019-2020

Photo récente de
l'enfant

OBLIGATOIRE

Date de naissance de l'enfant	
Nom de l'enseignant Classe	
Accueil parascolaire	
Problème de santé	
Facteurs déclenchants	
Traitement habituel	
Allergie	<input type="checkbox"/> certificat médical obligatoire
Médicament	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui ➡ remplir l'autorisation parentale pour l'administration de médicament

Personnes à contacter	Nom, Prénom	Téléphone

Date et signature du représentant légal :



Autorisation parentale pour l'administration de médicament(s) à un enfant

- Médicament(s) prescrit par un médecin** (signature du médecin)
- Automédication demandée par les responsables légaux**

Nous, soussignés (Nom(s), Prénom(s)), agissant en tant
que parents et/ou responsables légaux de l'enfant (Nom, Prénom)
....., autorisons les équipes de La Pause-Déj d'administrer le(s)
médicaments suivants à notre enfant :

Symptômes (dus à une allergie) :

Nom du médicament N°1 :
Durée du traitement : du.....au.....
Heure(s) d'administration :
Posologie :

Nom du médicament N°2 :
Durée du traitement : du.....au.....
Heure(s) d'administration :
Posologie :

Nom du médicament N°3 :
Durée du traitement : du.....au.....
Heure(s) d'administration :
Posologie :

Par cette décharge, le personnel **de la Maison de l'enfance** est libéré de toute responsabilité.

Date et signature du représentant légal :

