



Autorisation médicale

À remplir par le(s) parent(s)

Je / nous soussigné(e)s

Parent(s) de l'enfant

Né (e) le :

- Autorise le personnel à donner du paracétamol en cas de fièvre supérieure à 38,5°C
(En cas d'allergie un projet d'accueil individualisé sera mis en place avec le médecin référent de la structure).

- Autorise le personnel, si nous ne sommes pas joignables, à contacter :
 - Le médecin référent
 - Le médecin de famille : Nom :
Tél :
 - Le médecin disponible
 - Autorise le personnel à prendre les mesures d'urgence nécessaires concernant la santé de mon enfant (SAMU : 15, Pompiers : 18) en respect du protocole établi par le médecin référent de l'établissement.

Fait à....., le :

Signature(s) :