



AUTORISATIONS

MULTI ACCUEIL "LES CH'ATTONS"

ENFANT

Nom : Prénom : Né(e) le :

• Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Personnes susceptibles et autorisées à venir chercher l'enfant au multi accueil (l'enfant ne leur sera confié que sur présentation d'une pièce d'identité)

Nom, prénom :	Lien :	Tel :
Nom, prénom :	Lien :	Tel :
Nom, prénom :	Lien :	Tel :
Nom, prénom :	Lien :	Tel :
Nom, prénom :	Lien :	Tel :

Date :

Signature



• Autorisation de sortie

Autorise la sortie de mon enfant, à l'extérieur de la crèche, dans le cadre des projets de l'établissement (médiathèque, parcs, école...)

Date :



Signature

• Autorisation de photographier et de diffuser

Autorise le personnel de la crèche à photographier mon enfant, et

*à utiliser les photos pour des affichages au sein de la crèche.

*à diffuser les photos de groupe sur le Magazine de la Ville, le journal local ou sur les fiches projet de l'établissement.

Date :



Signature

• Autorisation de donner des médicaments

Autorise le responsable de l'établissement, à faire administrer par un personnel qualifié (Infirmière, auxiliaire de puériculture, CAP Petite Enfance, éducatrice de jeunes enfants),

○ En cas de température supérieur à 38°5C ou persistance des douleurs dentaires:

Doliprane® suspension buvable 1 dose poids par voie orale en dose poids.

○ CAMILIA dose buvable et anneau de dentition refroidi si douleurs dentaires

○ Granules d'Arnica si chutes ou coups, 5 granules à faire fondre entre la gencive et la joue ARNICA MONTANA 7CH toutes les 15 minutes 2 à 3 fois de suite.

Date :

Signature



A titre exceptionnel, les traitements antibiotiques dûment ordonnés (joindre obligatoirement l'ordonnance), peuvent être administrés au sein du multi accueil par un personnel qualifié (Infirmière uniquement) s'ils ont été commencés depuis 48h à la maison et selon l'autorisation du médecin de la crèche.

• Autorisation d'hospitalisation

Autorise Madame la Directrice à faire procéder en cas d'urgence et en l'impossibilité de joindre le Docteur médecin traitant de la famille, à l'admission de mon enfant au Centre Hospitalier le plus proche et à lui faire dispenser les soins et éventuelles interventions que nécessite son état de santé.

Date :

Signature

