

AUTORISATION PARENTALE DE SOINS

Autorisation d'hospitalisation et d'intervention chirurgicale

Je soussigné(e), Mr ou Mmereprésentant légal de l'enfant
(Nom/prénom)..... autorise en cas de nécessité le
transfert de mon enfant vers l'hôpital le plus proche par un service de secours d'urgence et que
soient pratiqués les soins vitaux nécessaires, et, si besoin, une intervention chirurgicale.

**Les professionnels chargés de l'accueil des enfants sont autorisés à donner des traitements
uniquement sur prescription médicale et accord parental.**

Ce document ne dispense pas de l'obligation de détenir une ordonnance.

**Par ce document, j'autorise également les professionnels habilités de la structure
d'accueil à administrer à mon enfant : (cocher les cases pour accord)**

- Un antipyrétique type Doliprane® 2.4% susp buvale ou Doliprane® suppositoire**
– en cas de fièvre mal tolérée et/ou > 38.5°C ; ou de douleurs constatées.
- Une crème de change (préciser le nom commercial) : - en cas
d'érythème fessier.**
- Un traitement médical prescrit sur ordonnance au cours de l'année.**
(Ordonnance médicale et médicament fermé à fournir à l'équipe).

Pour faire valoir ce que de droit – Valable 12 mois.

Fait à :

Le :

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

MDP

maisondespetits@mairievlm.fr
07 72 11 47 73