

AUTORISATION PARENTALE DE SOINS

Autorisation d'hospitalisation et d'intervention d'urgence

Je soussigné(e), M ou Mme représentant légal de
l'enfant (nom et 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 viatux 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 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 (ordonnance médicale à fournir)**

Une crème de change (préciser le nom commercial en cas
d'érythème fessier.

Un traitement médical prescrit sur ordonnance au cours de l'année.

Fait à

Le

Signature précédée de la mention «lu et approuvé»:

MDP

maisondespetits@mairievlm.fr

07 72 11 47 73