



Autorisation médicale – délivrance de soins spécifique

Je soussigné,, Docteur en médecine, prescrit et autorise le multi-accueil « La Marelle Enchantée » à administrer les médicaments ci-dessous à l'enfant :

NOM : PRENOM :

Né(e) le/...../..... AGE : POIDS :

Ordonnance du médecin (utiliser ce document (cocher) et/ou faire une ordonnance) :

- En cas de **plaie simple** :

☐ Application locale d'un Antiseptique à base de chlorhexidine, pour des enfants de plus de 3 mois

Préciser la posologie :

.....

- En cas de **douleurs ou fièvres** :

☐ Administration d'un antalgique ou antipyrétique type paracétamol

En cas de fièvre :

Préciser la posologie :

.....

En cas de douleur

Préciser la posologie :

.....

Fait à, le

Adresse, signature et Cachet du médecin (obligatoire) précédée de la mention "Lu et Approuvé".

AUTORISATION PARENTALE – DELIVRANCE DE MEDICAMENTS

Nous, soussignés, Noms et prénoms des responsables légaux :

.....

Autorisons les personnes chargées du suivi sanitaire au sein de la structure « La Marelle Enchantée » à délivrer les médicaments ci-dessus prescrits par notre médecin traitant à notre enfant :

NOM : PRENOM :

Fait à, le

Nom, Prénom, Signature des deux responsables légaux, précédée de la mention "Lu et Approuvé".