



AUTORISATION DE MÉDICATION POUR VOTRE ENFANT AU SEIN DE LA STRUCTURE D'ACCUEIL

Informations personnelles

*Prénom et nom de l'enfant : _____

*Médecin consulté : non (automédication) oui

*Maladie diagnostiquée de l'enfant : _____

Médication (y compris homéopathie)

Heure de la dernière prise du médicament : _____

Conservation du médicament : Réfrigérateur Température ambiante *(entourer ce qui convient)*

*Posologie :

Nom du médicament en cas de besoin : _____

Date : _____ Heure : _____ Dosage : _____

Nom du médicament en cas de besoin : _____

Date : _____ Heure : _____ Dosage : _____

Nom du médicament en cas de besoin : _____

Date : _____ Heure : _____ Dosage : _____

Nom(s) et numéro(s) de téléphone de(s) la personne(s) à contacter en cas d'urgence :

Nom : _____ ☎ : _____

Nom : _____ ☎ : _____

Remarques : _____



La structure d'accueil décline toute responsabilité liée à l'administration de toutes substances médicamenteuses. Sans indication claire et précise des informations demandées ci-dessus, aucune médication ne sera administrée.

*Date : _____ *Signature du représentant légal : _____

En cas de garde partagée et d'autorité parentale conjointe, la signature des deux parents est requise.

*Si l'éducatrice reçoit un mot signé par le parent de l'enfant, elle peut le coller sur la fiche si toutes les informations obligatoires (avec *) sont remplies. Appel téléphonique ou mot non signé ne font pas foi.*