



## 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.*