



AUTORISATIONS

Je soussigné(e) : (Responsable 1) (Responsable 2)

Parents de l'enfant :

Autorise le personnel du Multi accueil Collectif « MAISON DE LA PETITE ENFANCE » :

- ✓ A faire pratiquer tous **soins médicaux** et en cas de nécessité accepter l'**hospitalisation** de mon enfant sur l'hôpital le plus proche.
- ✓ Autorise l'**administration des médicaments utilisables en crèche dans les protocoles d'urgence** : A savoir, *Doliprane suppositoire : 100/150/200/300mg, Doliprane solution buvable 100 2.4%, Solution de réhydratation, Arnigel, Vaseline, Aérius, Diprosone, Célestène, Arnica 9ch, Valium 10mg/2ml, Ventoline 100µg, Chlorexidine aqueuse, Biseptine, Eau oxygénée, Adrénaline injectable.*
- ✓ Autorise l'**administration des médicaments sur prescription médicale** en joignant l'ordonnance (cf règlement intérieur).
- ✓ A sortir mon enfant hors de l'établissement lors des sorties régulières (gymnase, médiathèque) et occasionnelles (pique-nique, ferme pédagogique...).
- ✓ Déclare par la présente, accepter que mon enfant soit **photographié ou filmé** et que ces photos et films soient exposés ou projetés lors de réunions, manifestations pédagogiques, publiques ou insérés au sein de supports d'information.
- ✓ Déclare accepter les termes du **règlement intérieur** du multi-accueil collectif « Maison de la Petite Enfance » dont j'ai pris connaissance.
- ✓ Déclare les personnes majeures suivantes autorisées à récupérer mon enfant dans l'établissement multi accueil « MAISON DE LA PETITE ENFANCE » munies d'une pièce d'identité.

Noms	Prénoms	Lien de parenté	Téléphone

Fait à La Bouilladisse le :

Signatures

Responsable 1 :

Responsable 2 :