

AUTORISATION D'ADMINISTRER DES MEDICAMENTS



Nous, soussignés, Monsieur.....
et Madame.....
Père et Mère de l'Enfant.....

Autorisons Mme/Melle.....assistante
maternelle à donner à notre enfant, **sur prescription médicale**, des
antalgiques ou un traitement médical en cas de fièvre ou maladies.

Les parents s'engagent à rembourser à l'assistante maternelle désignée ci-
dessus, les frais médicaux (honoraires et pharmacie) dans les plus brefs
délais, dans le cas où le médecin se rendrait au domicile de celle-ci, à la
demande des parents ou lors d'une situation jugée nécessaire par l'assistante
maternelle.

Fait à....., le

Signature de l'assistante maternelle

Signature des parents