

AUTORISATION PARENTALE POUR LA DELIVRANCE DES MEDICAMENTS

Nous soussignés

Représentants légaux de l'enfant

.....

.....

Né(e) le

Fréquentant la micro-crèche " A Rundinella"

Autorise ou N'autorise pas les employées de la petite enfance de la micro crèche à appliquer la crème Apaisyl baby « après piqûres » en cas de piqûre par un insecte.

Autorise ou N'autorise pas les employées de la petite enfance de la micro crèche à appliquer la crème Apaisyl baby « chocs » en cas de contusion/bosse (sans égratignures).

Autorise ou N'autorise pas les employées de la petite enfance de la micro crèche à délivrer un traitement prescrit par votre médecin.

L'ordonnance du médecin doit OBLIGATOIREMENT être communiquée afin qu'un traitement soit délivré à votre enfant.

Dans le cas d'un traitement spécifique ou d'un traitement de longue durée, un échange avec l'infirmière libérale de la micro-crèche est indispensable.

A, le/...../.....

Signature des représentants légaux :