



**Micro crèche associative  
Ô Paradis des tout-petits**

3 Av Jules Duquesne, 77780 Bourron Marlotte  
Responsable : Mme Joubert Marine 07.82.89.93.47

## Autorisation de Soins et d'Aide à la Prise de Médicaments

Je soussigné(e), [Nom et prénom du responsable légal] :

..... demeurant au [Adresse complète] :

**Parent ou représentant légal de l'enfant :**

Nom et prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : .....

**Autorise :**

**N'autorise pas :**

le personnel de santé et la responsable technique de la micro-crèche Ô Paradis des tout-petits à donner à notre enfant :



### Les soins suivants sans avis médical :

- Le nettoyage de plaie, de morsure,
- Le soin d'une contusion ou d'un hématome,
- Le soin d'un saignement de nez,
- Le soin d'un coup de soleil,
- Le traitement d'un érythème fessier,
- Le soin d'une piqûre d'insecte,
- Les soins liés à une poussée dentaire.



### A administrer les médicaments suivants :

- Un antipyrétique en cas de fièvre, conformément aux seuils indiqués dans le règlement de fonctionnement.
- Un traitement médical fourni par les parents, en cas de maladie, sur présentation de l'ordonnance médicale en cours de validité ou dans le cadre d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé).
- Un régime alimentaire particulier, uniquement sur prescription médicale ou dans le cadre d'un PAI.



Je reconnais avoir été informé(e) que ces soins et l'aide à la prise de médicaments sont réalisés dans le respect des règles de sécurité et d'encadrement en vigueur.



Fait à [Ville],

.....



le [Date] :

.....



Signatures des représentants légaux :

.....