



## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

*Les parents seront informés le plus tôt possible de tout problème de santé de leur enfant.*

Numéro de téléphone d'urgence :

- Pompiers : 18
- SAMU : 15
- Appel d'un portable : 112
- Centre antipoison : 04 72 11 69 11 (Lyon)

### **Les parents restent responsables de la surveillance médicale de l'enfant.**

A leur demande, l'assistante maternelle peut appliquer régimes et traitements mais uniquement sur prescription médicale. Dans ce cas, un exemplaire de l'ordonnance lui sera fourni.

Au début de chaque accueil, une ordonnance sera fournie en cas de fièvre. Les parents veilleront à renouveler régulièrement cette ordonnance.

Au préalable et au cours de l'accueil, l'enfant doit être à jour des vaccinations obligatoires (D.T.P) correspondant à son âge. Un bulletin de vaccination doit être fourni par les parents.

En cas de maladie ou d'accident, les parents s'engagent à informer le médecin que l'enfant est accueilli chez une assistante maternelle. Il appartiendra au médecin de décider du maintien de l'accueil en fonction des critères médicaux et de la présence d'autres enfants chez l'assistante maternelle.

L'assistante maternelle s'engage à avertir les parents de la survenue d'une maladie contagieuse chez toute personne à son domicile.

Pour tout protocole particulier, les parents doivent remettre une prescription médicale. La puéricultrice de PMI peut être sollicitée sur la conduite à tenir.

En cas de maladie ou d'accident, l'assistante maternelle avertira les parents le plus rapidement possible.

Parent joignable en priorité : ..... Tel : .....

Médecin à contacter : ..... Tel : .....

Adresse : .....

Dans le cas où l'assistante maternelle avance les frais médicaux et pharmaceutiques, ceux-ci seront remboursés intégralement par les parents.

Autres précisions relatives à la santé de l'enfant (allergie, médicaments interdits, etc...) :

.....  
.....  
.....  
.....

En cas de maladie de l'enfant, quelle organisation peut être mise en place ?

.....  
.....  
.....

Fait à

Le

Signature des parents :

## LES AUTORISATIONS

### Autorisation de soins médicaux en cas d'urgence

Je soussigné(e) ....., parent de l'enfant.....

Autorise Mme....., Assistante Maternelle, à prendre toute mesure nécessaire en cas d'urgence.

Les parents souhaitent que l'enfant soit admis de préférence à l'hôpital ou à la clinique : .....

Fait à ..... Le .....

Signature des parents :

### Autorisation de reprendre l'enfant

Je soussigné(e) ....., parent de l'enfant.....

Autorise les personnes majeures ci-dessous :

Madame, Monsieur : ..... Tel : .....

Madame, Monsieur : ..... Tel : .....

Madame, Monsieur : ..... Tel : .....

A le reprendre au domicile de Mme....., Assistante Maternelle. Les parents s'engagent à présenter ces personnes à l'assistante maternelle. Celles-ci se muniront d'une pièce d'identité le jour ou ils seront amenés à récupérer l'enfant.

Fait à ..... Le .....

Signature des parents :

### Autorisation de transport

Je soussigné(e) ....., parent de l'enfant.....

- autorise  
 n'autorise pas

Mme....., Assistante Maternelle, à emmener mon enfant en voiture pour les trajets scolaires et tous les trajets en lien direct avec les besoins de l'enfant (promenade...), dans les conditions de sécurité réglementaires et sous couvert d'une assurance étendue à l'usage professionnel.

Fait à ..... Le .....

Signature des parents :

---

### **Délégation d'accueil en cas d'urgence**

Je soussigné(e) ....., parent de l'enfant....., autorise Mme....., Assistante Maternelle, **en cas d'absence IMPERATIVE et à titre exceptionnel et si les parents ne peuvent pas assurer immédiatement l'accueil de l'enfant**, à le confier :

-A un membre majeur de la famille de l'enfant : .....

-A une autre assistante maternelle :.....

-A la crèche ou la halte garderie de la commune de :.....

Fait à

Le

Signature des parents :

---

### **Autorisation de participation aux temps collectifs**

Je soussigné(e) ....., parent de l'enfant....., autorise Mme....., Assistante Maternelle, à participer avec mon enfant aux temps collectifs proposés par le Relais Assistantes Maternelles de .....

Fait à

Le

Signature des parents :

---

### **Autorisation de photographier l'enfant**

Je soussigné(e) ....., parent de l'enfant....., autorise Mme....., Assistante Maternelle, à prendre mon enfant en photo dans le cadre de manifestations festives et exceptionnelles. La diffusion ne pourra se faire que dans le cadre des relations parents/professionnelle et uniquement sur support papier.

Fait à

Le

Signature des parents :

