

AUTORISATIONS de SOINS

A Détacher par le service Petite Enfance

Je soussigné, Monsieur _____

Je soussignée, Madame _____

Responsable.s de l' enfant _____

Autorise ou autorisons l' établissement

- A administrer à mon ou notre enfant, les médicaments prescrits sur ordonnance par le médecin traitant de l' enfant,
- A appliquer les protocoles de prise en charge de l' hyperthermie de l' établissement et de soins établis par le médecin référent de l' établissement,
- A procéder à l' examen médical de mon ou notre enfant par le médecin référent de l' établissement lorsqu' il estime nécessaire ou à la demande de la directrice.

Fait à LE PRADET, le _____

Signature des Parents



Annexe 4 bis

AUTORISATIONS DIVERSES

Cocher les cases correspondant à votre souhait

Je soussigné, Monsieur _____

Je soussignée, Madame _____

Responsable.s de l' enfant _____

Autorise ou autorisons la sortie de l' établissement de mon ou notre enfant pour participer aux activités du multi-accueil « Le Jardin des Pitchouns »,

Autorise ou autorisons l' établissement à consulter mes ou nos données sur le site CAF partenaires pour le calcul de la participation familiale,

Donne ou donnons notre accord pour figurer dans le fichier FILOUE de la CNAF,

Donne ou donnons notre accord pour que mon ou notre enfant soit pris en photo et/ou filmé,

Donne ou donnons mon ou notre accord pour remettre notre enfant aux tiers obligatoirement âgés de plus de 18 ans, désignés sur la fiche d' inscription et munis d' une pièce d' identité.

Fait à LE PRADET, le _____

Signature des Parents