

Autorisation d'administrer des médicaments

Je soussigné, Monsieur (ou) Madame _____
Ci-après dénommé, parent-employeur,

Père (ou) mère de l'enfant. _____

Autorise Madame (ou) Monsieur _____
Ci-après dénommé Assistant(e) maternel (le)

à donner à mon enfant, un traitement médical ou un régime alimentaire
sur prescription médicale ET protocole de soin dûment complété par le médecin ET
renouvelé à chaque nouvelle ordonnance.

Dans le cas où le médecin se rendrait au domicile de l'assistant(e) maternel (le),
notamment à la demande du parent-employeur ou dans le cas d'une situation jugée
nécessaire ou suffisamment grave, par l'assistant(e) maternel (le), le parent-
employeur s'engage à rembourser à l'assistant(e) maternel (le), des frais médicaux
engagés (honoraires et pharmacie) dans les plus brefs délais

Fait le _____ à _____

Signature du parent-employeur