Annexe IV

INFORMATIONS MEDICALES

Concernant l'enfant : NOM :..... **Prénom :**.....

Informations médicales qui doivent être signalées à l'assistant(e) maternel(le) : allergies, convulsions, asthme, vomissements fréquents, …

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

<u>Aucun médicament ne doit être donné à l'enfant sans prescription médicale</u>. En cas de traitement médical, les parents s'engagent à fournir copie de l'ordonnance. Les parents s'engagent à informer l'assistant(e) maternel(le) des vaccinations effectuées.

Veiller à actualiser cette fiche.

✂.....

AUTORISATION (*) D'INTERVENTION CHIRURGICALE D'URGENCE

Je, soussigné(e), Madame..... , **Monsieur**.....

autorise le médecin consulté à pratiquer, en cas d'urgence, une intervention chirurgicale avec anesthésie générale

sur mon enfant : NOM :..... Prénom :.....

Date de naissance :.....

Fait à : ..... Signature des parents ou du parent
Le ; ..... détenteur de l'autorité parentale :

(*) autorisation délivrée à Madame ....., Assistant(e) Maternel(le) agréé(e), embauché(e) pour l'accueil de l'enfant cité(e) ci-dessus.