

**L'ENFANT :**

NOM : ..... Prénom : .....

**MEDECIN TRAITANT :**

Nom : ..... Tél. du cabinet : .....  
Adresse : .....

**VACCINATIONS :**

J'atteste que mon enfant a reçu les vaccins indispensables pour son accueil en structure collective.  
Fournir une photocopie des vaccinations de l'enfant inscrites sur le carnet de santé (à télécharger dans le portail familles.)  
Si l'enfant n'a pas eu les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

**AUTORISATIONS PARENTALES :**

Je soussigné ....., déclare avoir le plein exercice de l'autorité parentale et autorise l'équipe à utiliser les produits suivants pour mon enfant :

	Autorise :
Paracétamol sirop (en cas de fièvre supérieure à 38°5C)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Paracétamol suppositoire (en cas de fièvre supérieure à 38°5C associée à des vomissements)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Arnica gel / Hémoclar (en cas de coups ou bosses) à partir de 12 mois	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Arnica granules homéopathiques (en cas de coups ou bosses)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Liniment	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Savon Cadum	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Couches Pampers	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Sérum physiologique (lavage des yeux et du nez)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

La prise de ces produits se fait dans le cadre de protocoles rédigés par des professionnels de la santé et/ou petite enfance.  
Nous n'appliquons pas de crème en cas d'érythème fessier (Eryplast, Cicalfate, Weleda au Calendula, etc.), si vous le souhaitez il faudra une ordonnance du médecin traitant et fournir la crème (avec notice et non ouverte) qui sera stockée au multi-accueil.  
Si votre enfant a besoin d'un traitement ponctuel (crème protectrice, gel pour les dents, etc.) ; il faudra une ordonnance du médecin traitant et fournir le produit dans son emballage non ouvert.

En cas d'urgence pour mon enfant, en mon absence et sous réserve d'en être informé le plus rapidement possible, j'autorise les professionnelles de la crèche à contacter un service d'urgence (SAMU, Pompiers...) afin que puisse être réalisée toute démarche nécessaire : transfert à l'hôpital, hospitalisation, intervention chirurgicale.

*La signature du document « validation numérique du dossier administratif » vaut signature du présent document.*