



AUTORISATION DE SOINS

Valable 12 mois

Enfant

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Poids :

Parents

Je soussigné(e)..... autorise les professionnels de la structure :

- ☐ à mettre en œuvre les traitements médicaux reconnus nécessaires ou urgents pour mon enfant ;
- ☐ à faire transporter mon enfant à l'hôpital le plus proche en cas d'urgence ou de nécessité.

Médecin

Je soussigné(e).....

- ☐ atteste que les vaccins obligatoires de l'enfant sont à jour ;
- ☐ il ne présente pas de contre-indication à l'expérience de la vie en collectivité.

- En cas de douleur ou température supérieure à 38,5°C, administrer du Paracétamol en sirop type Doliprane©, dose/poids toutes les six heures (maximum 4 prises sur 24h).
- En cas de chute ou traumatisme, application de froid sur la bosse ou l'hématome. Appliquer éventuellement une crème adaptée s'il y en a sur la structure.
- En cas de douleurs dentaires, application d'un anneau de dentition réfrigéré.
- En cas de diarrhées, selles liquides et/ou vomissements, administrer une solution de réhydratation orale. (Un sachet pour 200 ml d'eau en petite quantité à volonté).
- En cas de petite plaie, nettoyer la plaie à l'eau et au savon et appliquer si nécessaire un antiseptique local type chlorhexidine.
- En cas de rougeurs du siège, appliquer une crème de change type,
Ne pas appliquer de liniment sur une peau lésée.

- En cas d'érythème fessier persistant avec lésion cutanée, bien sécher la peau par tapotement et appliquer des cotocouches. (Consultation conseillée)
- Pour l'hygiène du nez et des yeux, utiliser du sérum physiologique. Maximum 3 DRP/jour à la crèche.
- Pour les sorties extérieures, protéger systématiquement du soleil avec une crème adaptée, fournie par la structure ou la famille.

Date : Signature et tampon du médecin :

Date : Signature des parents :

Date : Signature du référent technique :

Date : Signature du Référent Santé Accueil Inclusif :