



NOM et Prénom de l'enfant :

Né(e) le : ___ / ___ / _____

❖ Personnes à prévenir en cas d'urgence :

Nom et prénom du père

Nom et prénom de la mère

☎ personnel : / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / portable : / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ /

☎ professionnel du père : / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ /

☎ professionnel de la mère : / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ /

Annexe 1 : Fiche médicale de l'enfant

Cette feuille est à remplir, elle pourra être utilisée en cas d'absence du carnet de santé de l'enfant. Elle est destinée à apporter les éléments indispensables au Médecin qui serait appelé par l'assistante maternelle en cas d'urgence :

<p>NOM Prénom :</p> <p>Né(e) le :</p> <p>Confié(e) à Madame :</p> <p>assistante maternelle agréée domiciliée à :</p>

Antécédents de maladie :

Allergie(s) :

Médicament(s) interdit(s) :

Aliment(s) interdit(s) :

Groupe sanguin :

Renseignements complémentaires :

Annexe 2 : Autorisations médicales

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE D'URGENCE

Je soussigné(e), responsable légalautorise :
le médecin à pratiquer toute intervention chirurgicale urgente, avec si besoin anesthésie sur
mon enfant :, né(e) le ;
il est entendu que l'assistante maternelle communiquerait mes coordonnées au Médecin afin
de pouvoir nous joindre le plus rapidement possible.

Fait à,
Le,

**Signature du ou des responsable(s) de l'enfant
(précédée de la mention « lu et approuvé »)**

Nom du Père : _____

Nom de la Mère : _____

Certificat établi pour faire valoir ce que de droit.

AUTORISATION DE SORTIE D'HOPITAL

Je soussigné(e) , responsable légalautorise Madame,
assistante maternelle agréée, à faire sortir mon enfant
de l'hôpital si son état est jugé satisfaisant par le médecin de service.

Fait à,

Le

**Signature du ou des responsable(s) de l'enfant
(précédée de la mention « lu et approuvé »)**

Nom du Père : _____

Nom de la Mère : _____

Certificat établi pour faire valoir ce que de droit.