

# LES AUTORISATIONS



CONSEIL GENERAL  
**FINISTÈRE**  
*Penn-ar-Bed*



**AUTORISATION** pour l'assistant(e) maternel(le)  
de remettre l'enfant à un tiers à l'issue du temps d'accueil

---

**NOUS,**

Monsieur : .....

Madame : .....

Adresse : .....

**REPRÉSENTANTS LÉGAUX**

**autorisons** Madame, Monsieur ..... assistant(e) maternel(le)

**à confier notre enfant** (nom, prénom) : .....

**à la fin du temps d'accueil à :**

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

de façon  **exceptionnelle**

**régulière**

**PRÉSENTATION OBLIGATOIRE D'UNE PIÈCE D'IDENTITÉ**

Fait à : .....

le : .....

Signature de Monsieur

Signature de Madame

# AUTORISATION d'utilisation d'une structure collective ou de garde individuelle

---

**NOUS,**

Monsieur : .....

Madame : .....

Adresse : .....

## REPRÉSENTANTS LÉGAUX

**autorisons** Madame, Monsieur ..... assistant(e) maternel(le)

**à confier** notre enfant

Nom : .....

Prénom : .....

- à la halte-garderie
- à la crèche
- à un(e) assistant(e) maternel(le), dans la limite de son agrément

Monsieur, Madame : .....

de façon  **exceptionnelle**  
 **régulière**

Fait à : .....

Le : .....

Signature de Monsieur

Signature de Madame

**NB :** Les démarches administratives liées à ces modes d'accueil complémentaires restent à la charge du parent employeur. Parents employeurs et assistants maternels s'accordent également sur le règlement des conséquences financières.

# AUTORISATION de soins urgents

---

## Nous, représentants légaux

Monsieur : .....

Madame : .....

Adresse : .....

**autorisons** l'assistant(e) maternel(le), M./M<sup>me</sup> : .....

à intervenir en cas de problème médical chez notre enfant

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : .....

**Sous réserve qu'elle s'engage à :**  Prévenir les parents

Appeler le médecin

Docteur : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

• En cas d'urgence appeler le **SAMU 15** ou **112** (numéro européen)

• En cas d'hospitalisation, l'enfant sera conduit

à l'hôpital : ..... Téléphone : .....

à la clinique : ..... Téléphone : .....

Fait à : .....

Le : .....

Signature de Monsieur

Signature de Madame

# **AUTORISATION** de participer à des rencontres et/ou activités adultes-enfants

---

**NOUS,**

Monsieur : .....

Madame : .....

Adresse : .....

**REPRÉSENTANTS LÉGAUX,**

**autorisons** Madame, Monsieur ..... assistant(e) maternel(le)

**à participer** avec notre enfant (nom, prénom) .....

**aux animations organisées par**

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

**Assurance** : L'enfant participant aux activités reste sous la responsabilité de l'assistant(e) maternel(le)

Fait à : .....

Le : .....

Signature de Monsieur

Signature de Madame

## **AUTORISATION** de circuler en voiture avec notre enfant

---

**NOUS,**

Monsieur : .....

Madame : .....

Adresse : .....

**REPRÉSENTANTS LÉGAUX,**

**autorisons** Madame, Monsieur ..... assistant(e) maternel(le)

**à circuler** avec notre enfant (nom, prénom) .....

**dans son véhicule personnel dans les limites suivantes** (nature du trajet...)

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

Numéro d'assurance professionnelle automobile : .....

L'assistant(e) maternel(le) fournira la photocopie de l'attestation aux employeurs.

Ceci dans les conditions de sécurité prévue par la législation en vigueur (siège auto homologué, dispositif de retenue....)

Fait à : .....

Le : .....

Signature de Monsieur

Signature de Madame

# FICHE MÉDICALE concernant l'enfant

---

Cette fiche est à remplir surtout si le carnet de santé n'accompagne pas l'enfant. Elle est destinée à apporter les éléments indispensables au médecin qui sera appelé en cas d'urgence. Elle doit être actualisée.

Les médicaments ne sont pas donnés chez l'assistant(e) maternel(le) sauf en cas de situation médicale le justifiant impérativement et sur présentation de l'ordonnance datée correspondante.

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Date de naissance :** ..... / ..... / .....

**MÉDECIN TRAITANT** .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

## ANTÉCÉDENTS

Maladie : .....

Allergie : .....

Intervention chirurgicale : .....

Traitement permanent : .....

Autres : .....

Médicaments contre-indiqués : .....

Groupe sanguin (si connu) : .....

## VACCINATIONS OBLIGATOIRES

BCG : ..... Test : .....

Diphtérie, tétanos, polio

1<sup>er</sup> injection : ..... 2<sup>e</sup> injection : .....

3<sup>e</sup> injection : ..... Rappel : .....

## AUTRE VACCINATIONS

Coqueluche : ..... ROR : .....

Haemophilus : ..... Hépatite B : .....