

**INFORMATIONS MEDICALES**

**Ce document est confidentiel.**

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

Informations médicales qui doivent être signalées à l'assistant(e) maternel(le) : allergies, intolérances alimentaires,...

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

**Aucun médicament ne doit être donné à l'enfant sans prescription médicale.**

## 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.