



Autorisation d'administration de médicaments

Je soussigné(e) M ou Mme.....

.....

Représentant légal de.....

.....

Autorise la Micro-crèche Les Fripouilles :

A administrer à mon enfant des médicaments en cas de fièvre

A administrer à mon enfant un traitement médical prescrit sur ordonnance (**ordonnance à fournir obligatoirement**)

Cocher les cases pour accord

Fait à.....

Le.....

Signature