

SEJOUR Paques/juillet/aout 2026 Kid-artist

Je soussigné(e) Mr. Mme. Melle.....

Père.....Mère..... Responsable légal.....

Autorise l'assistante sanitaire à donner à l'enfant :

NOM..... **PRENOM**.....

En cas de maux de tête, ou de douleurs une dose de :

Doliprane, Paracétamol, etc...

En cas de coups (bosses, bleus, etc....) à passer de la crème :

Arnica

En cas de plaies (égratignures) à désinfecter avec :

Antiseptique

et prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un **médecin et/ou un service d'urgence**

En cas d'urgence, l'enfant est présenté au médecin puis la famille est aussitôt contactée.

Joindre également l'ordonnance et les médicaments des traitements en cours. Aucun traitement ne pourra être délivré sans ordonnance.

Fait à :

le :

SIGNATURE OBLIGATOIRE

SEJOUR Printemps/juillet/aout 2026 Kid-artist

Je soussigné(e) Mr. Mme. Melle.....

Père.....Mère..... Responsable légal.....

Autorise l'assistante sanitaire à donner à l'enfant :

NOM..... **PRENOM**.....

En cas de maux de tête, douleurs une dose de :

Doliprane, Paracétamol, etc...

En cas de coups (bosses, bleus, etc....) à passer de la crème :

Arnica

En cas de plaies (égratignures) à désinfecter avec :

Antiseptique

et prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un **médecin et/ou un service d'urgence**

En cas d'urgence, l'enfant est présenté au médecin puis la famille est aussitôt contactée.

Joindre également l'ordonnance et les médicaments des traitements en cours. Aucun traitement ne pourra être délivré sans ordonnance.

Fait à :

le :

SIGNATURE OBLIGATOIRE