

# Autorisations

## Représentants légaux

Nous,

Monsieur .....

Madame .....

Adresse : .....

**Autorisons** M.....assistante maternelle  
à participer avec notre enfant (nom, prénom) ..... **aux animations**  
organisées par .....

**Assurance** : l'enfant participant aux activités reste sous la responsabilité de l'assistante maternelle.

**N'autorisons pas** M.....assistante maternelle  
à participer avec notre enfant (nom, prénom) ..... à des animations d'éveil.

**Autorisons** M.....assistante maternelle à **circuler**  
avec notre enfant (nom, prénom) ..... dans son véhicule  
personnel dans les limites suivantes (nature du trajet et zone géographique) .....

dans les conditions prévues par la législation en vigueur et selon les modalités renseignées au livret d'accueil.

Numéro d'assurance professionnelle automobile .....

L'assistant maternel fournira la copie de l'attestation d'assurance automobile aux employeurs.

**N'autorisons pas** M.....assistante maternelle  
à circuler avec notre enfant (nom, prénom) ..... dans son véhicule  
personnel.

**Autorisons** M.....assistante maternelle à  
**photographier** notre enfant (nom, prénom) ..... dans les conditions prévues  
par la législation en vigueur.



Pour toute diffusion, quelle qu'elle soit (site internet, réseaux sociaux...) une autorisation est nécessaire.

Les publications (photos, vidéo, texte) diffusée sur internet ne sont pas protégées et ne sont pas sans danger.

**N'autorisons pas** M.....assistante maternelle à  
photographier notre enfant (nom, prénom) ..... dans les conditions  
prévues par la législation en vigueur.

Fait à .....le .....

Signature des représentants légaux

Signature de l'assistante maternelle

## Autorisation pour l'assistante maternelle de remettre l'enfant à un tiers à l'issue du temps d'accueil

### Représentants légaux

Nous,

Monsieur.....Madame .....

Adresse : .....

**Autorisons** M.....assistante  
maternelle

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

à la fin du temps d'accueil à M .....

Adresse .....

.....Téléphone.....

➔ **Présentation obligatoire d'une pièce d'identité**

Fait à .....le .....

Signature des représentants légaux

Signature de l'assistante maternelle

## Autorisation pour l'assistante maternelle de remettre l'enfant à un tiers à l'issue du temps d'accueil

### Représentants légaux

Nous,

Monsieur.....Madame .....

Adresse : .....

**Autorisons** M.....assistante  
maternelle

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

à la fin du temps d'accueil à M .....

Adresse .....

.....Téléphone.....

➔ **Présentation obligatoire d'une pièce d'identité**

Fait à .....le .....

Signature des représentants légaux

Signature de l'assistante maternelle

# EN CAS D'URGENCE

Les numéros de téléphone

---

**SAMU > 15**  
**>.112 depuis un téléphone mobile**

**POMPIERS > 18**

Numéros de téléphone des parents joignables durant le temps d'accueil des enfants :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Ne jamais se déplacer avec un enfant malade ou blessé même en cas d'urgence**

# Autorisation d'intervention en cas d'urgence

## Représentants légaux

Nous,

Monsieur.....Madame .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

## Autorisons

M.....assistante

maternelle

à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence liée à notre enfant (nom, prénom) .....

## Coordonnées des personnes à contacter en cas d'indisponibilité des parents :

\*Madame, Monsieur : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

\*Madame, Monsieur : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

\*Madame, Monsieur : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Fait à .....le .....

Signature des représentants légaux

Signature de l'assistante maternelle

# Autorisation d'administration des médicaments

L'assistante maternelle ne peut donner des médicaments qu'en possession d'une ordonnance actualisée si la situation le nécessite (mentionnant la date, le nom de l'enfant, le poids de l'enfant, les dosages, le rythme des prises et la durée du traitement).

Nom de l'enfant .....

Prénom.....

Date de naissance ...../...../.....

## Représentants légaux

Nous,

Monsieur.....Madame .....

Adresse : .....

**Autorisons** M.....assistante maternelle  
à administrer, des médicaments à notre enfant (nom, prénom) .....

**N'autorisons pas** M.....assistante maternelle à  
administrer, des médicaments à notre enfant (nom, prénom) .....

**Médecin traitant** .....

Adresse .....

Téléphone .....

## Vaccinations obligatoires de l'enfant :

Diphtérie, tétanos, polio

1<sup>ère</sup> injection..... 2<sup>ème</sup> injection .....

3<sup>ème</sup> injection..... rappel .....

