

## AUTORISATION D'ADMINISTRER DES MÉDICAMENTS

Je, soussigné(e) *[nom, prénom du particulier employeur]*.....  
demeurant au *[Adresse]*

Autorise  Madame /  Monsieur *[Identité du salarié]*.....  
demeurant au *[Adresse du salarié]*.....

assistant(e) maternel(le) agréé(e),

à donner à notre enfant *[Identité de l'enfant]*..... ,

un traitement médical ou un régime alimentaire sur prescription médicale, à condition de se conformer aux règles en vigueur, et notamment, en cas d'administration de soins ou de médicaments, que celle-ci puisse être regardée comme un acte de la vie courante au sens des dispositions du Code de l'action sociale et des familles, que ces soins ou traitements aient fait l'objet d'une prescription médicale et que le médecin prescripteur n'ait pas expressément demandé l'intervention d'un auxiliaire médical.

Nous mettons à la disposition de l'assistant maternel le(s) ordonnance(s) concernée(s).

Fait à....., le..... *[Préciser le lieu et la date]*

**Signature du particulier employeur**