

1. AUTORISATION D'ADMINISTRER DES MÉDICAMENTS DE FAÇON PONCTUELLE

Référence : décret n°2021-11-31 du 30 Août 2021 - Titre II relatif aux traitements et soins médicaux des enfants pris en charge par des professionnels d'un mode d'accueil du jeune enfant (article 2)

L'assistant maternel agréé, à la demande du ou des titulaire(s) de l'autorité parentale, peut administrer des médicaments selon les modalités suivantes :

- ✚ L'assistant maternel maîtrise la langue française (à l'oral et à la lecture) ;
- ✚ Le médecin n'a pas expressément prescrit l'intervention d'un auxiliaire médical ;
- ✚ Le ou les titulaire(s) de l'autorité parentale ont expressément autorisé par écrit ces traitements médicaux et ont fourni l'ordonnance et le ou les médicaments.

Nous soussignés :

Parent 1 (nom / prénom)

Parent 2 (nom/prénom)

Autorise/Autorisons, l'Assistant maternel- : Mme / M. (nom / prénom)

.....

à donner à mon / notre enfant : (nom / prénom)

né(e) le

les médicaments prescrits par le médecin et expliqués par nous-mêmes et joignons l'ordonnance en cours de validité (NB : pour le paracétamol : ordonnance protocolaire valable pour 3 mois jusqu'aux 18 mois de l'enfant / 6 mois pour un enfant âgé de plus de 18 mois, homéopathie).

Fait à, le (date)

Signatures du(des) parent(s)

RAPPEL : N° d'urgence : 15

2. AUTORISATION D'ADMINISTRER DES TRAITEMENTS ET DE RÉALISER DES SOINS MÉDICAUX

Référence : décret n°2021-11-31 du 30 Août 2021 - Titre II relatif aux traitements et soins médicaux des enfants pris en charge par des professionnels d'un mode d'accueil du jeune enfant (article 2)

L'assistant maternel agréé, à la demande du ou des titulaire(s) de l'autorité parentale, peut administrer des soins ou traitements médicaux selon les modalités suivantes :

- ✚ L'assistant maternel maîtrise la langue française (à l'oral et à la lecture) ;
- ✚ Le médecin n'a pas expressément prescrit l'intervention d'un auxiliaire médical ;
- ✚ Le ou les titulaire(s) de l'autorité parentale ont expressément autorisé par écrit ces soins ou traitements médicaux et ont fourni l'ordonnance, le matériel, le ou les médicaments.

Au besoin à l'aide du protocole ci-dessous que les professionnels de PMI peuvent aider à expliquer, à rédiger et à mettre en place.

PROTOCOLE DE SOINS SPÉCIFIQUES ET RÉGULIERS

Nous soussignés :

Parent 1 (nom / prénom)

Parent 2 (nom/prénom)

Autorise/Autorisons, l'Assistant maternel- : Mme / M.(nom / prénom)

.....

à administrer les soins et traitements suivants à mon / notre enfant : (nom / prénom)

..... né(e) le

Suivant le protocole de soins détaillé ci-après, expliqué par nous-mêmes et selon l'ordonnance actualisée du Médecin jointe :

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

Le/les parent(s) sera / seront prévenu(s) par l'Assistant maternel, **sans délai**, de la réalisation du protocole.

Ce protocole sera actualisé selon l'évolution des besoins de l'enfant (poids, modification de soins, etc).

Fait à, le (date)

Signatures du(des) parent(s)

DATE	NOM DU TRAITEMENT / POSOLOGIE	HORAIRE DE LA PRISE DU TRAITEMENT	SIGNATURE

Le : / /

À :

Signature(s) pour validation du(des) parent(s)

RAPPEL : N° d’urgence : 15