
AUTORISATION D'UTILISATION DE PRODUITS MEDICAMENTEUX

Je, soussigné(e).....responsable
légal(e) de l'enfant.....autorise l'accueil de
loisirs à utiliser les produits suivants en cas de besoin:

	OUI	NON
• Sérum physiologique en doses unitaires pour nettoyer les yeux, le nez...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Antiseptique incolore en doses unitaires pour désinfecter une plaie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• crème contre les ecchymoses type arnica ou hémoclar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• arnica sous forme de granules homéopathiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• crème solaire haute protection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• crème contre les brûlures du type biafine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• crème anti-histaminique locale contre les réactions cutanées allergiques type parfenac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• paracétamol sous forme de sachets (posologie maximum: 60mg/kg à répartir sur 24 heures) contre la fièvre et la douleur. Poids de l'enfant:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fait à, le.....

Signature