VILLE DE Saint-Brieuc

Service **L**oisirs **E**ducatifs

AUTORISATION D'UTILISATION DE PRODUITS MEDICAMENTEUX

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

J'autorise l'utilisation de tous les produits ci-dessous :	**OUI** ☐	**NON** ☐

Si non, précisez :

• Sérum physiologique en doses unitaires pour nettoyer les yeux, le nez…	☐	☐
• Antiseptique incolore en doses unitaires pour désinfecter une plaie	☐	☐
• crème contre les ecchymoses type arnica ou hémoclar	☐	☐
• arnica sous forme de granules homéopathiques	☐	☐
• crème solaire haute protection	☐	☐
• shampoing anti-poux (uniquement pour les CV)	☐	☐
• crème contre les brûlures du type biafine	☐	☐
• crème anti-démangeaison locale (urticaire, eczéma, piqûre ….)	☐	☐
• paracétamol sous forme de sachets (posologie maximum: 60mg/kg à répartir sur 24 heures) contre la fièvre et la douleur. Poids de l'enfant:…….	☐	☐

Fait à ……., le……..

Signature