

# Autorisation de donner des médicaments

Assistante Maternelle

Nous, soussignés,

Monsieur ..... et Madame .....,  
père et mère de l'enfant .....,

**Autorisons** Madame ....., Assistante maternelle à donner à notre  
enfant, un traitement médical ou un régime alimentaire sur **prescription médicale**.

Fait à ....., le .....

Signature des parents

Père

Mère

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_