

## Autorisation parentale Séjours de vacances Com'expression

Dans le cadre d'un accueil collectif de mineurs, l'équipe d'encadrement n'est pas habilitée à administrer le moindre médicament à un enfant, en dehors d'une prescription médicale (voir projet d'accueil individualisé, traitement médical ponctuel prescrit par le médecin traitant). Lorsqu'un enfant présente un mal ou une blessure sur le temps de l'accueil, la règle est la suivante :

- en accueil de loisirs, l'équipe d'encadrement contacte la famille pour qu'elle vienne chercher l'enfant et qu'elle aille éventuellement voir son médecin ;
- en séjour de vacances, l'équipe d'encadrement consulte un médecin sur le lieu du séjour

Toutefois, certains maux ou petites blessures ne nécessitent pas systématiquement la consultation d'un médecin ou imposent à l'équipe d'agir pour soulager l'enfant, le temps de consulter : **en séjour de vacances, l'éloignement de la famille ne nécessite/permets pas son intervention dans le cadre d'une situation bénigne.**

Ainsi, nous vous demandons de bien vouloir apporter à l'équipe d'encadrement votre **autorisation/refus d'administrer certains médicaments permettant de soulager des maux bénins.**

**Bien évidemment, si le mal de l'enfant venait à persister ou si le mal était important, le/la responsable du séjour prendrait la décision de consulter un médecin en tenant la famille au courant de la situation.**

Je soussigné-e, \_\_\_\_\_,

responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_, né-e le \_\_\_\_\_

et participant au-x séjour-s de vacances suivant-s, organisé-s par Com'expression :

Intitulé \_\_\_\_\_ Dates : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Intitulé \_\_\_\_\_ Dates : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Intitulé \_\_\_\_\_ Dates : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Intitulé \_\_\_\_\_ Dates : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Intitulé \_\_\_\_\_ Dates : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

autorise  n'autorise pas : l'administration ponctuelle de **paracétamol** type Doliprane. **Une ordonnance du médecin traitant doit obligatoirement être jointe à cette autorisation**  
Poids de mon enfant ou dosage adapté à son âge : \_\_\_\_\_

autorise  n'autorise pas : l'application ponctuelle d'une pommade contre les **brûlures** de type Biafine (en cas de coups de soleils, notamment).

autorise  n'autorise pas : l'application ou l'administration ponctuelle de produit contre les **coups** de type arnica (en pommade ou granules homéopathiques - rayez la mention si contre-indication).

autorise  n'autorise pas : l'application ponctuelle de produit **anti-poux** (cas de traitement ou de prévention si cas déclaré dans le groupe).

autorise  n'autorise pas : l'application ponctuelle de pommade contre les **piqures d'insectes** type Apaisil.

autorise  n'autorise pas : l'application ponctuelle de **répulsif à insectes** (moustiques).

Fait à : \_\_\_\_\_, le : \_\_\_\_\_

Signature du responsable légal