SERVICE BABY-SIT'

AUTORISATION PARENTALE

DONNER UN MÉDICAMENT

Je soussigné·e
(père, mère, tuteur, tutrice)

de (inscrire Nom et prénom de tous les enfants) :

autorise le ou la baby-sitter
à donner le médicament suivant
dans le cadre des soins à lui apporter ce

Autorisation octroyée dans le cadre de la garde momentanée de mon (mes) enfant(s) par un·e baby-sitter du service Baby-sit' de Solidaris, géré par Latitude Jeunes.

Je certifie avoir l'autorité parentale sur le(s) enfant(s) gardé(s).
Merci de joindre une prescription médicale du médecin traitant.
Nom, prénom, GSM du médecin traitant, au cas-où :

Fait le à

Signature