

## **12 • ANNEXE (AUTORISATIONS, ASSURANCES, INDEMNITÉS... )**

**12-1 : Autorisation de confier l'enfant à un tier**

**12-2 : Autorisation de transport**

**12-3 : Le droit à l'image**

**12-4 : Autorisation de sorties**

**12-5 : Autorité parentale**

**12-6 : Autorisation d'administrer des médicaments**

**12-7 : Autorisation de transfert et d'intervention chirurgical**

**12-8 : Certificat médical**

**12-9 : En cas d'urgence et en l'absence des parents**

**12-10 : Attestation pour les frais de repas**

**12-11 : Renseignements médicaux de l'enfant**

**12-12 : Autorisation d'accueil d'urgence**



## 12-1 AUTORISATION DE CONFIER L'ENFANT À UN TIER

**Les personnes ayant l'autorité parentale sont seules habilitées à reprendre l'enfant.**

Toutefois, en cas d'impossibilité, celle-ci autorisent les tierces personnes nommées ci-dessous à récupérer l'enfant à leur place au domicile de l'assistante maternelle.

### NOUS SOUSSIGNÉS :

**Représentant légal N°1 :**

Nom :  
Prénom :

**Représentant légal N°2 :**

Nom :  
Prénom :

### AUTORISONS :

**Personne autorisée à reprendre l'enfant :**

Nom :  
Prénom :  
En qualité de :  
Adresse :

Tel :

Nom :  
Prénom :  
En qualité de :  
Adresse :

Tel :

Nom :  
Prénom :  
En qualité de :  
Adresse :

Tel :

Nom :  
Prénom :  
En qualité de :  
Adresse :

Tel :

**A VENIR CHERCHER MON ENFANT CHEZ :  
Mme DOZET Hélène Assistante Maternelle**

**En aucun cas l'assistante maternelle ne doit confier l'enfant à des personnes non mentionnées au contrat.**

Fait à : Beauficel-en-Lyons  
Le :

Signature du(des) représentant(s) légal(aux) de l'enfant :



## 12-2 AUTORISATION DE TRANSPORT

### NOUS SOUSSIGNÉS :

**Représentant légal N°1 :**

Nom :  
Prénom :

**Représentant légal N°2 :**

Nom :  
Prénom :

### AUTORISONS :

**Mme DOZET Hélène Assistante Maternelle**

### À CIRCULER EN VOITURE AVEC L'ENFANT :

Nom :  
Prénom :  
Né(e) le :

1 - Dans les conditions obligatoires de sécurité, avec un matériel homologué et adapté à l'âge de l'enfant.

2 - Pour tout déplacement menant aux activités et sorties de l'enfant.  
Ludothèque, ferme, RPE, marché...

**Attestation d'assurance automobile en pièce jointe**

Fait à : Beauficel-en-Lyons

Le :

Signature du(des) représentant(s) légal(aux) de l'enfant :



## 12-3 LE DROIT À L'IMAGE

**Toute personne dispose sur son image, partie intégrante de sa personnalité, d'un droit exclusif qui lui permet de s'opposer à sa reproduction**

### NOUS SOUSSIGNÉS :

**Représentant légal N°1 :**

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tel :

**Représentant légal N°2 :**

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tel :

AUTORISONS :

N'AUTORISONS PAS :

**Mme DOZET Hélène Assistante Maternelle**

**1 - À photographier et/ou filmer au domicile ou à l'extérieur l'enfant dans le cadre de ses activités.**

**2- À diffuser ou exposer les photographies et les vidéos pour les usages suivants :**

- Soit aux parents, par le biais de courriels (photo de groupe) ou pour son album souvenir de photos.
- Soit à d'autres assistants maternels agréés en cas de prise de vue de groupe d'enfants (parc, sorties de group, RPE ...)
- Pour son site internet sécurisé : [www.choukiki.com](http://www.choukiki.com)
- Pour des manifestations d'informations comme : la presse locale, bulletin communal, journée porte ouverte, forum des associations.

Fait à : Beauficel-en-Lyons

Le :

Signature du(des) représentant(s) légal(aux) de l'enfant :



## 12-4 AUTORISATION DE SORTIES

### NOUS SOUSSIGNÉS :

**Représentant légal N°1 :**

Nom :  
Prénom :

**Représentant légal N°2 :**

Nom :  
Prénom :

### AUTORISONS :

**Mme DOZET Hélène Assistante Maternelle**

### À ACCOMPAGNER MON ENFANT :

Nom :  
Prénom :  
Né(e) le :

- Aux activités du Relais Petite Enfance (RPE).
- Aux activités de l'association d'assistants maternels.
- Aux spectacles destinés aux enfants.
- Dans les parcs, ludothèques, bibliothèques...
- À participer à des sorties à thèmes (ferme, zoo, forêt...).
- Sur un marché ou commerces de proximité.

**L'assistante maternelle s'engage à ne jamais laisser l'enfant seul et à assurer une vigilance particulière en matière de sécurité**

Fait à : Beauficel-en-Lyons  
Le :

Signature du(des) représentant(s) légal(aux) de l'enfant :



## 12-5 AUTORITÉ PARENTALE

**Si les parents sont séparés, il est impératif que ce document soit complété.**

Le divorce, la séparation et l'attribution d'un droit de garde à l'un des parents n'efface pas le fait que : l'autorité parentale est exercée conjointement par les deux parents.

**En cas de séparation ou de divorce, l'employeur fournira une attestation des décisions judiciaires concernant la garde de l'enfant et notifiera les droits de l'autre parent.**

### L'AUTORITÉ PARENTALE EST EXERCÉE PAR :

- Les 2 parents conjointement :
- Parent 1 :
- Parent 2 :

### SI L'AUTORITÉ N'EST PAS CONJOINTE :

- Parent 1 :
- Je n'autorise personne à reprendre l'enfant
- J'autorise Mr ou Mme

Lundi  mardi  Mercredi  Jeudi  vendredi  Samedi  Dimanche

- Parent 2 :
- Je n'autorise personne à reprendre l'enfant
- J'autorise Mr ou Mme

Lundi  mardi  Mercredi  Jeudi  vendredi  Samedi  Dimanche

- Tierce Personne :
- Je n'autorise personne à reprendre l'enfant
- J'autorise Mr ou Mme

Lundi  mardi  Mercredi  Jeudi  vendredi  Samedi  Dimanche

**Le salarié devra être informé de toute modification.**

Fait à : Beauficel-en-Lyons

Le :

Signature du Parent N 1 :

Signature du Parent N°2 :

Signature Tierce personne :



## 12-6 AUTORISATION D'ADMINISTRER DES MÉDICAMENTS

NOUS SOUSSIGNÉS :

Représentant légal N°1 :

Représentant légal N°2 :

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

AUTORISONS :

Mme DOZET Hélène Assistante Maternelle

À DONNER À MON ENFANT

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Des antalgiques en cas de fièvre ou un traitement médical en cas de maladie sous couvert d'une ordonnance ou d'un protocole à jour du médecin.

**L'assistante maternelle, en aucun cas et sous quelque prétexte que ce soit, ne doit administrer un médicament sans ordonnance du médecin traitant de l'enfant, ou sans protocole (acte de la vie courante). En application de l'Art.372 du Code De La Santé Publique, le salarié n'est pas habilité à donner des soins réservés aux auxiliaires médicaux.**

Fait à : Beauficel-en-Lyons

Le :

Signature du(des) représentant(s) légal(aux) de l'enfant :



## 12-7 AUTORISATION DE TRANSFERT ET D'INTERVENTION CHIRURGICALE

**En cas d'urgence médicale, l'assistante maternelle préviendra dans un premier temps les secours et mettra tout en œuvre pour garantir la sécurité et le confort de l'enfant. L'assistante maternelle s'engage à prévenir les parents au plus vite.**

### NOUS SOUSSIGNÉS :

**Représentant légal N°1 :**

Nom :  
Prénom :

**Représentant légal N°2 :**

Nom :  
Prénom :

### PARENTS DE L'ENFANT :

Nom :  
Prénom :  
Né(e) le :

### AUTORISONS :

Le transfert à l'hôpital par les pompiers, le SAMU ou le SMUR pour que puisse être pratiquées, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie et transfusion sur l'enfant.

N° de sécurité sociale sous lequel est pris en charge l'enfant :

Allergie connue à un produit anesthésiant :

**En aucun cas, l'assistante maternelle ne peut transporter l'enfant malade ou blessé dans son propre véhicule.**

Souhait des parents pour le centre hospitalier où doit être transporté l'enfant :

Nom de l'hôpital :

Adresse :

Code postal :

Tel :

Ville :

Fait à : Beauficel-en-Lyons

Le :

Signature du(des) représentant(s) légal(aux) de l'enfant :



## 12-8 CERTIFICAT MÉDICAL

**Certificat médical relatif aux vaccinations obligatoires NOUS SOUSSIGNÉS :**  
Décret n° 2018-42 du 25 janvier 2018 relatif à la vaccination obligatoire

Je soussigné(e) Docteur :

**CERTIFIE QUE L'ENFANT :**

Nom :  
Prénom :  
Né(e) le :

Est à jour des vaccinations obligatoires ou en cours de vaccinations obligatoires lui permettant d'être admis chez Mme DOZET Hélène Assistante Maternelle conformément au Décret n° 2018-42 du 25 janvier 2018 relatif à la vaccination obligatoire.

Fait à :  
Le :

Signature et Tampon :



## 12-9 EN CAS D'URGENCE ET EN L'ABSENCE DES PARENTS :

### Coordonnées des personnes à contacter en cas d'urgence et en l'absence des parents :

Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Tel domicile :	Tel domicile :
Tel travail :	Tel travail :
Tel portable :	Tel portable :

Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Tel domicile :	Tel domicile :
Tel travail :	Tel travail :
Tel portable :	Tel portable :

### Coordonnée du médecin traitant :

Au cas où l'assistante maternelle ne parvient pas à joindre l'employeur et/ou s'il estime indispensable de faire appel à un médecin, l'employeur donne le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du médecin choisi :

Nom du médecin :  
Adresse :  
Code postal : Ville :  
Tel :

En cas de prise en charge particulière, l'assistante maternelle accepte à son domicile des visites de médecins, d'infirmiers, kinésithérapeutes :

Oui  Non

Fait à : Beauficel-en-Lyons  
Le :

Signature du(des) représentant(s) légal(aux) de l'enfant :



## 12-10 ATTESTATION POUR LES FRAIS DE REPAS

### Attestation de frais de repas destinée à l'administration fiscale

Je soussigné :

demerant :

Employeur de Mme Dozet Hélène Assistante maternelle,

pour notre enfant :

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

atteste que, par jour d'accueil, la valeur des repas que nous avons fournis pour notre enfant s'élève à :

**PRIX DU REPAS PRINCIPAL :**

**PRIX DU GOUTER :**

**Pour l'année :**

Fait à :

Le :

Signature :



## 12-11 RENSEIGNEMENT MÉDICAUX DE L'ENFANT

Cette feuille est à remplir si le carnet de santé n'accompagne pas l'enfant.  
Elle est destinée à apporter les éléments indispensables au médecin qui serait appelé par l'assistante maternelle, en cas d'urgence.

Nom : Prénom :

Né(e) le :

Adresse de l'enfant :

Confié (e) à Mme Dozet Hélène Assistante maternelle

N° de Sécurité Sociale de l'employeur qui assure l'enfant :

Antécédents s'intervention chirurgicale :

Allergies connues :

Médicaments interdits :

Groupe sanguin :

Renseignements complémentaires :

Fait à :

Le :

Signature :



## 12-12 AUTORISATION D'ACCEUIL D'URGENCE

### NOUS SOUSSIGNÉS :

**Représentant légal N°1 :**

Nom :  
Prénom :

**Représentant légal N°2 :**

Nom :  
Prénom :

### AUTORISONS :

**Mme DOZET Hélène Assistante Maternelle**  
sous réserve d'en être préalablement informés,

### À CONFIER MON ENFANT

Nom :

Prénom :

Age :

1. A une autre Assistante Maternel

Oui

Non

2. A la halte-garderie

Oui

Non

3. Maison d'Assistants Maternels

Oui

Non

4. Autre (à préciser)

### Attention :

à l'exception d'un cas d'urgence, confier l'accueil à un tiers ( y compris son conjoint ) d'un enfant dont l'assistante maternel a la responsabilité, constitue une faute grave violant ses obligations professionnelles et contractuelles, et peut conduire au retrait de son agrément.

Fait à : Beauficel-en-Lyons

Le :

Signature du(des) représentant(s) légal(aux) de l'enfant :

