

## AUTORISATION DE TRANSPORT DE L'ENFANT

Je, soussigné(e) *[nom, prénom du particulier employeur]* .....  
demeurant au *[Adresse du particulier employeur]*.....,  
autorisons *[Choisir entre]* Madame / Monsieur *[Nom, prénom du salarié]*.....,  
demeurant au *[Adresse du salarié]* .....

*[Opter pour le ou les cas selon que le particulier employeur autorise l'assistant maternel et/ou un autre conducteur à transporter l'enfant]*

### Cas n° 1 :

- à transporter notre enfant *[Nom, prénom de l'enfant]*.....  
dans son véhicule selon la législation en vigueur (équipement des sièges, assurance du véhicule comprenant la clause particulière de couverture pour le transport de l'enfant accueilli) et dans les meilleures conditions de sécurité.

### Cas n° 2 :

- à faire transporter notre enfant *[Nom, prénom de l'enfant]*.....,  
en sa présence permanente et impérative, par et dans le véhicule de *[Identité du conducteur]* .....  
selon la législation en vigueur (équipement des sièges, assurance du véhicule comprenant la clause particulière de couverture pour le transport de l'enfant accueilli) et dans les meilleures conditions de sécurité.

Références de l'assurance automobile du conducteur :.....

Société d'assurance : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Numéro de sociétaire : .....

Fait à ....., le ..... *[Préciser le lieu et la date]*

**Signature du particulier employeur**

*[L'attestation est remise au salarié et une copie est conservée par le particulier employeur]*

## AUTORISATION D'INTERVENTION MEDICALE D'URGENCE

Je, soussigné(e) [nom, prénom du particulier employeur] .....  
demeurant [Adresse du particulier employeur].....  
autorise [choisir entre] Madame/Monsieur [identité du salarié].....  
domicilié(e) [adresse du salarié] au.....  
assistant(e) maternel(le) agréé(e),

à appeler les services d'urgences.

Le salarié alerte immédiatement le particulier employeur.

Si une intervention médicale d'urgence y compris une anesthésie est nécessaire, le transport de  
l'enfant se fera si possible et de préférence vers le centre hospitalier [Nom et adresse de l'hôpital choisi]  
.....  
ou la clinique [Nom et adresse de la clinique choisie] .....

Fait à ....., le ..... [Préciser le lieu et la date]

**Signature du particulier employeur**

[L'autorisation est remise au salarié et une copie est conservée par le particulier employeur]

## AUTORISATION D'ADMINISTRER DES MÉDICAMENTS

Je, soussigné(e) *[nom, prénom du particulier employeur]* .....,  
demeurant au *[Adresse]* .....

Autorise Madame/Monsieur *[Identité du salarié]* .....

demeurant au *[Adresse du salarié]* .....,  
assistant(e) maternel(le) agréé(e),

à donner à notre enfant *[Identité de l'enfant]* .....

un traitement médical ou un régime alimentaire sur prescription médicale, à condition de se conformer aux règles en vigueur, et notamment, en cas d'administration de soins ou de médicaments, que celle-ci puisse être regardée comme un acte de la vie courante au sens des dispositions du Code de l'action sociale et des familles, que ces soins ou traitements aient fait l'objet d'une prescription médicale et que le médecin prescripteur n'ait pas expressément demandé l'intervention d'un auxiliaire médical.

Nous mettons à la disposition de l'assistant maternel le(s) ordonnance(s) concernée(s).

Fait à ....., le ..... *[Préciser le lieu et la date]*

**Signature du particulier employeur**

*[L'autorisation est remise au salarié et une copie est conservée par le particulier employeur]*