AUTORISATION

D’INTERVENTION MÉDICALE D’URGENCE

Je, soussigné(e) *[Nom, prénom du particulier employeur]*

demeurant au *[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.]*