

ATTESTATION PARENTALE POUR LES MISSIONS DU RSAI AU SEIN DE LA STRUCTURE

.....

Je (nous) soussigné(e-s) Madame / Monsieur

Parents de l'enfant né(e) le

Autorise(-ons) la RSAI (Référénte Santé et Accueil Inclusif) de la structure Jennifer VALLES, *infirmière puéricultrice libérale diplômée d'Etat*, à procéder lors de sa venue à la crèche à:

L'examen clinique de notre enfant : à l'initiative du RSAI **seulement si nécessaire**, sur sollicitation de l'équipe ou vous-même afin d'évaluer l'état de santé de votre enfant et vous orienter vers une consultation si nécessaire :

☐ Oui

☐ Non

Je suis informé(e) que :

- L'observation globale du développement de mon enfant (à visée préventive ou de dépistage précoce) ainsi que le suivi sanitaire (vaccinations et poids) font parties des missions incontournables du RSAI.
- Les informations utiles en lien avec le développement ou l'état de santé mon enfant, relevées au décours de l'intervention de la RSAI auprès de mon enfant, sont confidentielles et me seront rapportées par la RSAI le cas échéant.

Fait à

Le

Signature des parents