

**INFORMATIONS PERSONNELLES**

Les informations restent confidentielles. Elles sont nécessaires afin d'assurer une prise en charge appropriée de votre enfant.

1. INFORMATIONS CONCERNANT L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Allergie(s) connue(s) :

2. AUTORISATION – MÉDICATION

J'autorise l'équipe éducative présente à prodiguer les différents soins à mon enfant, en cas de blessures légères, avec les produits suivants :

- Spray anti-tiques (si oublié) oui non
- Spray ou crème désinfectante Merfen oui non
- Sparadraps oui non
- Crème arnica oui non
- Granules homéopathiques arnica oui non
- Roll-on piqures d'insecte oui non

3. INFORMATION CONCERNANT LE(S) PARENT(S)

Nom :

Prénom :

Numéro de téléphone :

(IMPORTANT ! il est nécessaire de savoir comment joindre le parent responsable durant toute la durée de la sortie).

Lieu et date :

Signature(s) du/des représentant(s)(es) légal(aux)(es) :

Formulaire à nous transmettre, dûment complété, au début de l'atelier.