



Autorisation / décharge pour les soins:

J'accepte que le personnel du groupe de jeux donne à mon enfant :

Nom.....

Prénom.....

- | | | |
|----------------------------------|-----|-----|
| • Désinfectant | oui | non |
| • Crème cicatrisante | oui | non |
| • Crème arnica | oui | non |
| • Granules homéopathiques arnica | oui | non |
| • Crème piquêre insecte | oui | non |

Lieu et Date : _____

Signatures des parents: _____