

AUTORISATION de délivrance de premiers soins et d'homéopathie

Je soussigné : Mr/Mme
en tant que parent(s),
ou représentant légal de l'enfant :
autorise Mme Fabienne MIGOUT (*Educatrice B.E ayant un brevet
de secourisme*) à donner de l'homéopathie à mon enfant
(*ARNICA, ou BELLADONNA*), du paracétamol (*Si aucune allergie
signalée*), et à éventuellement prodiguer les premiers soins en
cas de « *petit bobo* ».

Numéro de sécurité sociale :

Nom et numéro de mutuelle :

Numéro de licence FFM :

Type :

Fait à :

le :

Signature :