

**AUTORISATION POUR L'UTILISATION
DES PRODUITS DE SOIN**

Nom de l'enfant :

Matricule de l'enfant:

Je soussigné(e)

donne, par la présente, l'autorisation au personnel de la Crèche Biwer
d'utiliser si nécessaire le/les produits de soin suivants, selon la posologie indiquée par le fabricant :

Produits utilisés	OUI	NON
Crèmes solaire VICHY 50+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crème de soin (Weleda Calendula)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pommade vasoconstrictrice (Arnica Gel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date

Signature des parents / du représentant légal

Date

Signature Personnel

