



Autorisation parentale – réalisation de soins non allopathiques

Nous, soussignés, Noms et prénoms des responsables légaux :

.....
Autorisons les personnes chargées du suivi sanitaire au sein de la structure « La Marelle Enchantée » à
appliquer les produits ci-dessus à notre enfant :

NOM : **PRENOM :**

Né(e) le/...../..... AGE : POIDS :

- En cas de coups, hématomes, ecchymose :

☐ Application du gel Arnica et Calendula Bio (Mustella)

- En cas de coup de soleil :

☐ Application locale d'Huile de macération Calendula (PRANAROM)

- En cas de douleurs dentaires :

☐ Administration de Camilia

- Prévention des coups de soleil :

☐ Application locale de Crème protection solaire Catier SPF50+ Bio

Cette autorisation est valable pour toute l'année d'inscription. Sauf information écrite transmise par les responsables légaux.

Fait à, le

Nom, Prénom, Signature des deux responsables légaux, précédée de la mention "Lu et Approuvé".