

**Informations complémentaires****Mon enfant a des allergies** Non Oui

Lesquelles : _____

Régime alimentaire particulier**Prévention / Premiers soins**

En cas de nécessité, j'autorise l'EJC à utiliser pour mon enfant :

- Fièvre, douleurs : Algifor junior suspension 1x5ml
- Fièvre, douleurs : Dafalgan
- Désinfection : Octenisept spray
- Brûlures : Lalugen Plus
- Piqûres d'insectes : Fenipic Plus Roll-On
- Stress, douleurs, peurs : Arnica
- Contusion, hématome : Similasan Arnica Crème, Cool Spray Perskinsol
- Sparadrap
- Tiques : Anti-Brumm

Assurance maladie-accident

Nom de l'assurance de l'enfant : _____

No d'assuré : _____

Par ma signature, j'atteste la validité de ces informations, avoir pris connaissance du règlement communal et j'accepte les règles de fonctionnement de l'EJC disponibles sur www.signol-air.com ou en format papier sur demande.

Date : _____

Signature : _____