

**BOUCLES DE L'OGNON**  
**5 NOVEMBRE 2017**

**AUTORISATION DE SOINS**

Je, soussigné(e) .....

Représentant légal de .....

Autorise les organisateurs des Boucles de l'Ognon à prendre, le cas échéant, toutes les mesures  
rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

A .....

Signature :

Le .....