

CONSENTEMENT POUR PREMIERS SOINS EN CAS DE BLESSURES MINEURES

J'autorise le personnel du Trait-d'Union à appliquer les premiers soins à mon enfant, à utiliser des lingettes antiseptiques pour nettoyer une blessure, si nécessaire, et à utiliser des pansements adhésifs de type diachylons.

☐

Oui, j'autorise

☐

Non, je n'autorise pas

Signature du parent : _____

Date : _____



CONSENT OF PARENTS FIRST AID-MINOR INJURIES

I authorize the personnel of Le Trait-d' Union to apply first aid to my child and the use of antiseptic towelettes to clean up a wound if needed and the use of band-aids.

☐

Yes, I authorize

☐

No, I do not authorize

Parents Signature : _____

Date : _____

