



Je soussigné(e)

Nom et prénom

---

Adresse

---

Téléphone

---

---

Représentant légal de:

Nom et prénom

---

Date de naissance

---

autorise le personnel éducatif en charge de mon enfant à enlever les tiques découvertes sur son corps

n'autorise pas au personnel éducatif d'enlever les tiques découvertes sur mon enfant  
mais veut être avertie le plus rapidement possible

Date et signature

---

du représentant légal

---

### PRESENCE DE TIQUES

DATE	Activité + Lieu	Heure tique trouvée	Partie du corps touchée	Heure parents avertis	Personne qui a enlevé la tique