



1910 Broad Hollow Gate  
Mississauga, Ontario L5T 3T4  
Courriel : [eveilauxsavoirs@cscmonavenir.ca](mailto:eveilauxsavoirs@cscmonavenir.ca)  
Site Internet : [www.eveilauxsavoirs.ca](http://www.eveilauxsavoirs.ca)

---

Date: \_\_\_\_\_

#### AUTORISATION DES PREMIERS SOINS:

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_, répondant légal pour  
l'enfant \_\_\_\_\_ autorise un membre du personnel du  
Centre éducatif Éveil aux Savoirs à donner les premiers soins ou de prendre les mesures  
nécessaires pour le bien être de mon enfant en cas d'accident ou de maladie. Je  
comprends que le personnel agira au meilleur de sa connaissance pour soigner mon  
enfant.

\_\_\_\_\_  
Répondant légal de l'enfant

\_\_\_\_\_  
Direction du Centre éducatif Éveil aux Savoirs