

Service des loisirs de St-Gabriel-de-Rimouski

Activité: \_\_\_\_\_

Fiche du participant

Prénom: _____	Nom: _____
Date de naissance: _____ (J-M-A)	Téléphone: <u>418-</u> _____
Adresse complète: _____	St-Gabriel <u>G0K 1M0</u>
Numéro d'assurance-maladie: _____	
Nom du médecin: _____	No de téléphone: <u>418-</u> _____
L'enfant souffre-t-il d'allergie ? ( ) Oui ( ) Non	
Si oui, précisez: _____	
L'enfant souffre-il d'une maladie grave? ( ) Oui ( ) Non	
Si oui, précisez: _____	
L'enfant doit-il prendre des médicaments? ( ) Oui ( ) Non	
Si oui, lesquelles: _____	
Posologie: _____	
J'autorise mon enfant à revenir seul (e) à la maison? ( ) Oui ( ) Non	
Mon enfant doit attendre qu'on vienne le ou la chercher? ( ) Oui ( ) Non Si oui qui? _____	

**Identification du père**

Prénom: _____	Nom: _____
Téléphone: <u>418-</u> _____	Cellulaire: <u>418-</u> _____
Téléphone au travail: <u>418-</u> _____	

**Identification de la mère**

Prénom: _____	Nom: _____
Téléphone: <u>418-</u> _____	Cellulaire: <u>418-</u> _____
Téléphone au travail: <u>418-</u> _____	

**Identification personnes en cas d'urgence**

Important: cette personne doit être disponible lors des activités.

Prénom: _____	Nom: _____
Téléphone: <u>418-</u> _____	Lien avec l'enfant: _____
Prénom: _____	Nom: _____
Téléphone: <u>418-</u> _____	Lien avec l'enfant: _____

En cas d'urgence, j'autorise le responsable de l'activité (ou toute personne désignée par celle-ci) à prendre les dispositions nécessaires.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_  
Nom en lettre moulé

\_\_\_\_\_  
Date (J-M-A)