

Service des loisirs de St-Gabriel-de-Rimouski

Activité: SOCCER

Fiche du participant

Prénom:	_____	Nom:	_____
Date de naissance:	_____	Téléphone:	<u>418-</u> _____
	(J-M-A)		
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)