

# Terrain de jeux – Été 2015

## Fiche du participant

### 5 à 9 ans & ado

Prix : 75 \$ \$ (membre)

90 \$ (non-membre)

Rabais de 5 \$ pour le 2<sup>e</sup> enfant d'une même famille et les suivants.

Ex. : 1 : 70 \$ 2<sup>e</sup> : 65 \$, 3<sup>e</sup> : 60 \$

Membre: \_\_\_\_

Non-membre: \_\_\_\_

Coût : \_\_\_\_

Arg. ( )

chèque ( )

### Renseignements généraux

\_\_\_\_\_  
Nom de l'enfant

\_\_\_\_\_  
Âge

\_\_\_\_\_  
Catégorie

Courriel: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Date de naissance (jour / mois / année)

\_\_\_\_\_  
Téléphone résidence

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Ville

\_\_\_\_\_  
Code postale

et \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Identification du père ou tuteur

\_\_\_\_\_  
Identification de la mère

\_\_\_\_\_  
Tél. travail du père ou tuteur

\_\_\_\_\_  
Tél. travail de la mère

\_\_\_\_\_  
Cellulaire

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? \_\_\_\_\_

No. d'assurance-maladie : \_\_\_\_\_

Nom du médecin de l'enfant : \_\_\_\_\_ No. de téléphone : \_\_\_\_\_

L'enfant souffre-t-il d'allergies ? ( ) Oui ( ) Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

L'enfant souffre-t-il d'une maladie grave ? ( ) Oui ( ) Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

L'enfant doit-il prendre des médicaments ? ( ) Oui ( ) Non

Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_

Nom d'une personne à rejoindre en cas d'urgence autre que les parents : (Important : cette personne doit être disponible sur les heures des activités)

\_\_\_\_\_  
No. de tél. : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

En cas d'urgence, j'autorise la direction du terrain de jeux (ou toute personne désignée par celle-ci) à prendre les dispositions nécessaires.

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

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres moulées :

\_\_\_\_\_  
Date