

Service des loisirs de St-Gabriel-de-Rimouski

Activité: _____

Fiche du participant

Prénom: _____	Nom: _____
Date de naissance: _____ (J-M-A)	Téléphone: 418- _____
Adresse complète: _____	St-Gabriel G0K 1M0
Numéro d'assurance-maladie: _____	
Nom du médecin: _____	No de téléphone: 418- _____
L'enfant souffre-t-il d'allergie ? () 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, 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: 418- _____	Cellulaire: 418- _____
Téléphone au travail: 418- _____	

Identification de la mère

Prénom: _____	Nom: _____
Téléphone: 418- _____	Cellulaire: 418- _____
Téléphone au travail: 418- _____	

Identification personnes en cas d'urgence

Important: cette personne doit être disponible lors des activités.

Prénom: _____	Nom: _____
Téléphone: 418- _____	Lien avec l'enfant: _____
Prénom: _____	Nom: _____
Téléphone: 418- _____	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)