

Service des loisirs de St-Gabriel-de-Rimouski

Activité: _____

Fiche du participant

Prénom:	_____	Nom:	_____
Date de naissance:	_____	Téléphone:	418-_____
	(J-M-A)		
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-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)