

INSCRIPTION DU PARTICIPANT N° 1 NOM : _____ âge : _____

Adresse : _____ tél : _____

Courriel : _____

N° ASSURANCE MALADIE : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

ACTIVITÉ(S) :	saison	TARIF : _____ \$
_____	_____	TARIF : _____ \$
_____	_____	TARIF : _____ \$ TOTAL : _____ \$

PERSONNE(S) À AVISER EN CAS D'URGENCE :

nom _____ lien _____ Tél : (____) _____ - _____

nom _____ lien _____ Tél : (____) _____ - _____

nom _____ lien _____ Tél : (____) _____ - _____

PROBLÈMES DE SANTÉ ? précisez :

Allergies : _____ Maladie : _____ Autres : _____

AUTORISATION En signant la présente, j'autorise la **Municipalité de Verchères** à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires, pour le participant inscrit à une activité. J'autorise la Municipalité de Verchères à transporter le participant par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire si elle juge nécessaire. De plus, s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par la Municipalité de Verchères à prodiguer au participant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation.

J'autorise Je refuse Signature : _____

INSCRIPTION DU PARTICIPANT N° 2 NOM : _____ âge : _____

Adresse : _____ tél : _____

Courriel : _____

N° ASSURANCE MALADIE : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

ACTIVITÉ(S) :	saison	TARIF : _____ \$
_____	_____	TARIF : _____ \$
_____	_____	TARIF : _____ \$ TOTAL : _____ \$

PERSONNE(S) À AVISER EN CAS D'URGENCE :

nom _____ lien _____ Tél : (____) _____ - _____

nom _____ lien _____ Tél : (____) _____ - _____

nom _____ lien _____ Tél : (____) _____ - _____

PROBLÈMES DE SANTÉ ? précisez :

Allergies : _____ Maladie : _____ Autres : _____

AUTORISATION En signant la présente, j'autorise la **Municipalité de Verchères** à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires, pour le participant inscrit à une activité. J'autorise la Municipalité de Verchères à transporter le participant par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire si elle juge nécessaire. De plus, s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par la Municipalité de Verchères à prodiguer au participant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation.

J'autorise Je refuse Signature : _____

INSCRIPTION DU PARTICIPANT N° 3

NOM : _____ âge : _____

Adresse : _____ tél : _____

Courriel : _____

N° ASSURANCE MALADIE : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

ACTIVITÉ(S) :	_____	saison	TARIF : _____ \$
	_____		TARIF : _____ \$
	_____		TARIF : _____ \$ TOTAL : _____ \$

PERSONNE(S) À AVISER EN CAS D'URGENCE :

nom _____ lien _____ Tél : (____) _____ - _____

nom _____ lien _____ Tél : (____) _____ - _____

nom _____ lien _____ Tél : (____) _____ - _____

PROBLÈMES DE SANTÉ ? précisez :

Allergies : _____ Maladie : _____ Autres : _____

AUTORISATION En signant la présente, j'autorise la **Municipalité de Verchères** à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires, pour le participant inscrit à une activité. J'autorise la Municipalité de Verchères à transporter le participant par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire si elle juge nécessaire. De plus, s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par la Municipalité de Verchères à prodiguer au participant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation.

 J'autorise Je refuse Signature : _____
INSCRIPTION DU PARTICIPANT N° 4

NOM : _____ âge : _____

Adresse : _____ tél : _____

Courriel : _____

N° ASSURANCE MALADIE : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

ACTIVITÉ(S) :	_____	saison	TARIF : _____ \$
	_____		TARIF : _____ \$
	_____		TARIF : _____ \$ TOTAL : _____ \$

PERSONNE(S) À AVISER EN CAS D'URGENCE :

nom _____ lien _____ Tél : (____) _____ - _____

nom _____ lien _____ Tél : (____) _____ - _____

nom _____ lien _____ Tél : (____) _____ - _____

PROBLÈMES DE SANTÉ ? précisez :

Allergies : _____ Maladie : _____ Autres : _____

AUTORISATION En signant la présente, j'autorise la **Municipalité de Verchères** à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires, pour le participant inscrit à une activité. J'autorise la Municipalité de Verchères à transporter le participant par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire si elle juge nécessaire. De plus, s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par la Municipalité de Verchères à prodiguer au participant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation.

 J'autorise Je refuse Signature : _____