

INSCRIPTION DU PARTICIPANT N° 1

NOM : _____ âge : _____

Adresse : _____ tél : _____

Courriel : _____

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 : Afin de promouvoir les activités de la ville, j'autorise la **Municipalité de Verchères** à prendre des photos et à les utiliser pour différentes publications. J'autorise Je refuseAUTORISATION : 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 : _____

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 : Afin de promouvoir les activités de la ville, j'autorise la **Municipalité de Verchères** à prendre des photos et à les utiliser pour différentes publications. J'autorise Je refuseAUTORISATION : 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 : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

| ACTIVITÉ(S) : | saison | 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 : Afin de promouvoir les activités de la ville, j'autorise la **Municipalité de Verchères** à prendre des photos et à les utiliser pour différentes publications. J'autorise Je refuseAUTORISATION : 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 : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

| ACTIVITÉ(S) : | saison | 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 : Afin de promouvoir les activités de la ville, j'autorise la **Municipalité de Verchères** à prendre des photos et à les utiliser pour différentes publications. J'autorise Je refuseAUTORISATION : 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 : _____