

**INSCRIPTION DU PARTICIPANT N° 1**      **NOM :** \_\_\_\_\_ **âge :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_ **tél :** \_\_\_\_\_

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

**N° ASSURANCE MALADIE :** \_\_\_\_\_ **DATE DE NAISSANCE :** \_\_\_\_\_

ACTIVITÉ(S) :	saison	TARIF :
_____	_____	_____ \$
_____	_____	_____ \$
_____	_____	_____ \$ <b>TOTAL :</b> _____ \$

**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 :
_____	_____	_____ \$
_____	_____	_____ \$
_____	_____	_____ \$ <b>TOTAL :</b> _____ \$

**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 : \_\_\_\_\_