

FICHE DE SANTÉ - ÉTÉ 2017 POUR TOUTE INSCRIPTION

Brochez les
photos de vos
enfants

NOM DU/DES PARENTS OU TUTEURS

Nom : _____ Lien : _____ Tél. trav. ou cell. : () - _____
 Nom : _____ Lien : _____ Tél. trav. ou cell. : () - _____
 Tél. rés. () - _____ Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____
 Courriel : _____

Personne à joindre en cas d'urgence (autre que parent) :

Nom : _____ Lien : _____ Tél. rés. : () - _____ Tél. autre : () - _____

AUTORISATION : En signant la présente, j'autorise la Municipalité de Verchères à prodiguer tous les soins nécessaires. J'autorise la Municipalité de Verchères à transporter, moi, mon/mes enfant(s) 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 à, moi ou mon/mes enfant(s) tous les soins médicaux requis par l'état de santé, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation.

J'autorise Je refuse Signature : _____

À REMPLIR SI INSCRIPTION AU CAMP DE JOUR ET ADOS :

DINER : Cochez à droite, si votre enfant ne dîne pas au camp de jour. Mon/mes enfant(s) ne dînera(ront) pas au camp de jour :
PHOTO : Cochez à droite pour publication ou non de photo de votre enfant. Mon/mes enfant(s) peut(peuvent) être pris en photo : oui non

DÉPART DE(S) L'ENFANT(S)

À la fin du **camp de jour et/ou du service de garde** : mon/mes enfant(s) quitte(nt) : seul(s) ou avec _____

OBLIGATOIRE : RELEVÉ 24 (camp+garde) identification du/des contribuables(s) à qui le Relevé 24 doit être émis pour vos déclarations fiscales

Nom : _____ N.A.S. : _____ % Nom : _____ N.A.S. : _____ %

PARTICIPANT #1

Nom : _____ Prénom : _____
 Âge : _____ Date naiss. : JJ / MM / _____ Niv. scolaire : _____ N° ass.maladie : _____ Date exp. : AA / MM
Fiche de Santé (les renseignements contenus dans cette fiche seront traités confidentiellement)
 allergies asthme épilepsie diabète
 troubles cardiaques comportement autres Précisez : _____ Traitement à administrer : _____
Activités contre-indiquées Énumérez toutes les activités auxquelles l'enfant **NE PEUT** s'adonner : _____
CAMP DE JOUR :
 Est-ce que votre enfant sait nager ? oui non Doit-il porter un vêtement de flottaison lorsqu'il va à la piscine ? oui non

PARTICIPANT #2

Nom : _____ Prénom : _____
 Âge : _____ Date naiss. : JJ / MM / _____ Niv. scolaire : _____ N° ass.maladie : _____ Date exp. : AA / MM
Fiche de Santé (les renseignements contenus dans cette fiche seront traités confidentiellement)
 allergies asthme épilepsie diabète
 troubles cardiaques comportement autres Précisez : _____ Traitement à administrer : _____
Activités contre-indiquées Énumérez toutes les activités auxquelles l'enfant **NE PEUT** s'adonner : _____
CAMP DE JOUR :
 Est-ce que votre enfant sait nager ? oui non Doit-il porter un vêtement de flottaison lorsqu'il va à la piscine ? oui non

PARTICIPANT #3

Nom : _____ Prénom : _____
 Âge : _____ Date naiss. : JJ / MM / _____ Niv. scolaire : _____ N° ass.maladie : _____ Date exp. : AA / MM
Fiche de Santé (les renseignements contenus dans cette fiche seront traités confidentiellement)
 allergies asthme épilepsie diabète
 troubles cardiaques comportement autres Précisez : _____ Traitement à administrer : _____
Activités contre-indiquées Énumérez toutes les activités auxquelles l'enfant **NE PEUT** s'adonner : _____
CAMP DE JOUR :
 Est-ce que votre enfant sait nager ? oui non Doit-il porter un vêtement de flottaison lorsqu'il va à la piscine ? oui non