

FICHE MÉDICALE

Semaine relâche 2019

IDENTIFICATION DE L'ENFANT			
Nom :		Prénom :	
Adresse :		Ville :	Code postal :
N° téléphone :		N.A.M. (N° d'assurance-maladie) :	
Date de naissance (jj/mm/aaaa) :		Année scolaire complétée :	
IDENTIFICATION DES PARENTS			
Nom du parent :		Nom du parent :	
Téléphone (bureau) :		Téléphone (bureau) :	
Cellulaire :		Cellulaire :	
Adresse (si différente de l'enfant) :		Adresse (si différente de l'enfant) :	
Ville :	Code postal :	Ville :	Code postal :
FICHE MÉDICALE			
Asthme ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez :
Allergies ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez :
Utilisation d'un système d'injection d'adrénaline (Épipen) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez :
Troubles du comportement, déficience physique ou psychologique ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez :
Votre enfant prendra-t-il des médicaments pendant le camp ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez :
Autres : (Précisez)			
PISCINE MUNICIPALE			
Est-ce que votre enfant sait nager ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Doit-il porter un vêtement de flottaison quand il va à la piscine ou à la plage ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE			
Prénom et nom :		Prénom et nom :	
Tél. résidence/ cellulaire :		Tél. résidence :	
Tél. travail :		Tél. travail :	
Lien avec l'enfant :		Lien avec l'enfant :	
INFORMATIONS PERTINENTES			
Y a-t-il des particularités par rapport au comportement de votre enfant dont nous devrions être au courant pour faire notre travail du mieux possible? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si oui, décrire :			
AUTORISATION DE PHOTOS ET/OU VIDÉOS			
<p>LA VILLE DE CHIBOUGAMAU prendra des photos et (ou) des vidéos au cours des activités de mon enfant durant la semaine, ce matériel en tout ou en partie sera utilisé à des fins promotionnelles (Facebook, La Sentinelle, ...). Tout le matériel utilisé demeurera la propriété DE LA VILLE DE CHIBOUGAMAU.</p> <p>J'autorise la ville de Chibougamau à utiliser les photographies et vidéos du participant pour des fins de diffusion pour illustrer des activités du camp de jour et du camp multisport.</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>			
Nom de l'enfant :		Signature du parent:	

Suite au verso



AUTORISATIONS DES PARENTS

J'autorise mon enfant à quitter seul :

- Non
- Oui; À quelle heure ? _____

Il est important d'aviser l'animateur de votre enfant, sinon il ne pourra pas quitter seul.

À la fin du camp, mon enfant peut quitter avec (autre que les parents) :

Prénom et nom : _____

Téléphone : _____

Lien avec l'enfant : _____

Si une personne vient chercher votre enfant et que son nom n'est pas inscrit, votre enfant ne sera pas autorisé à quitter avec elle.

Signature :	Date :
-------------	--------

Mère
 Père
 Tuteur