

Inscription 2017 – Loisirs d'été Dixville

1. Nom de l'enfant : _____ Date naissance : _____
Âge : _____

** Numéro d'assurance maladie : _____
Allergies : _____
Maladies : _____
Médicaments : _____
Problème particuliers : _____

2. Nom de l'enfant : _____ Date naissance : _____
Âge : _____

** Numéro d'assurance maladie : _____
Allergies : _____
Maladies : _____
Médicaments : _____
Problème particuliers : _____

Nom du père : _____

Adresse : _____

Téléphone : Maison : _____ Travail : _____ Cell : _____

Nom de la mère : _____

Adresse : _____

Téléphone : Maison : _____ Travail : _____ Cell : _____

Autres personnes à contacter en cas d'urgence : _____

1 - _____ lien avec l'enfant : _____
Téléphone : _____

2 - _____ lien avec l'enfant : _____
Téléphone : _____

Médecin de famille : _____

Personnes autorisées à venir chercher mon ou mes enfants : _____

Mon enfant partira à pieds : oui non Heure départ : _____

Advenant un accident, j'autorise le personnel présent à prodiguer les premiers soins à mon ou mes enfants et autres soins que requiert la situation (exemple : ambulance)

oui non

Signature du parent(s) : _____