



INFORMATIONS DE L'EN-

Nom: _____ Prénom: _____
Adresse: _____ Ville: _____
Code postal: _____ Téléphone: _____
Date de naissance : _____ Âge : _____
Adresse courriel : _____ Grandeur du chandail: Petit Large
Moyen X-large

SANTÉ

Votre enfant consomme-t-il des médicaments? OUI NON
Si oui, le nom des médicaments _____ Posologie _____
A-t-il des allergies : OUI NON Si oui, lesquelles? _____
No. d'assurance-maladie: _____ Date d'expiration : _____

URGENCE

Nom du père: _____ Tél. rés: _____
Tél. travail: _____
Nom de la mère: _____ Tél. rés: _____
Tél. travail: _____
Autre tél. : _____
En cas d'urgence, j'autorise le ou les responsables de l'activité à prendre toutes les décisions permettant d'assurer la santé et la sécurité de mon enfant et d'appeler une ambulance si nécessaire.
OUI NON Signature: _____

AUTORISATION

En complétant cette fiche d'urgence et en signant ce formulaire j'autorise que mon enfant ;

- Soit photographié et/ou filmé et que le contenu soit publié sur les réseaux sociaux de la municipalité ainsi que sur le site web.
- Reçoive les soins d'urgence nécessaires à sa santé dans le cas où les démarches pour vous rejoindre auraient échouées.

Signé le _____ à Saint-Adolphe d'Howard.

Signature du parent: _____
Date