

# Inscription 2016 - SAE de 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) : \_\_\_\_\_