



# Inscription

## Loisirs d'été de Dixville

1. Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

\*\* Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_  
Allergies : \_\_\_\_\_  
Maladies : \_\_\_\_\_  
Médicaments : \_\_\_\_\_  
Problèmes particuliers : \_\_\_\_\_

2. Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

\*\* Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_  
Allergies : \_\_\_\_\_  
Maladies : \_\_\_\_\_  
Médicaments : \_\_\_\_\_  
Problèmes particuliers : \_\_\_\_\_

Nom du père : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Téléphones : Maison : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_ Autre : \_\_\_\_\_

Nom de la mère : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Téléphones : Maison : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_ Autre : \_\_\_\_\_

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 du 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 : \_\_\_\_\_