

## FICHE DU PARTICIPANT

### Service des loisirs de St-Gabriel-de-Rimouski

Activité : Soccer \_\_\_\_\_ Baseball \_\_\_\_\_

Paiement ( \_\_ ) Argent ( \_\_ ) Chèque \_\_\_\_\_ \$  
\*Grandeur de chandail (s'il y a lieu) \_\_\_\_\_

#### Identification de l'enfant

Prénom: \_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Numéro d'ass.-maladie \_\_\_\_\_ Nom du médecin et tél.: \_\_\_\_\_

L'enfant souffre-t-il d'allergie? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_ Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

L'enfant doit-il prendre des médicaments? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Si oui lesquels et posologie : \_\_\_\_\_

J'autorise mon enfant à revenir seul(e) à la maison? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Mon enfant doit attendre qu'on vienne le chercher? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_ Si oui, avec qui? \_\_\_\_\_

#### Identification du père

Prénom: \_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_ Cellulaire: \_\_\_\_\_

Téléphone travail: \_\_\_\_\_

#### Identification de la mère

Prénom: \_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_ Cellulaire: \_\_\_\_\_

Téléphone travail: \_\_\_\_\_

#### Identification d'une personne en cas d'urgence

Prénom: \_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_ lien avec enfant: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_ lien avec enfant: \_\_\_\_\_

*\*En cas d'urgence, j'autorise le responsable de l'activité (ou toute personnes désignée par celle-ci) à prendre les dispositions nécessaires.*

\_\_\_\_\_  
Signature du parent

\_\_\_\_\_  
Nom en lettre moulée

\_\_\_\_\_  
Date