


STARTUP DES SOURCES



RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Nom	Prénom	Sexe M <input type="checkbox"/> ou F <input type="checkbox"/>
Date de naissance	Numéro d'assurance maladie	
Adresse	Ville	Code postal
Téléphone	Courriel	

RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉPONDANT (PARENT OU TUTEUR)

Nom	Prénom	
Téléphone résidence	Travail	Cellulaire

AUTRE PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom	Prénom	Lien
Téléphone résidence	Travail	Cellulaire

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Votre enfant a-t-il une allergie requérant une attention particulière?

Si oui, précisez :

Votre enfant prend-t-il des médicaments de façon régulière?

Si oui, précisez :

Autorisation

- J'autorise les responsables présents à prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité de mon enfant et à prendre les décisions jugées opportunes dans les circonstances.
- J'autorise les responsables à transporter mon enfant à mes frais au centre de santé le plus près s'il y a nécessité, suite à un accident ou à un malaise subit.
- J'autorise le médecin à prodiguer les soins médicaux requis à mon enfant si ce dernier est inconscient et que je ne suis pas en mesure de me rendre immédiatement au centre de santé.
- J'accepte que mon enfant soit pris en photos et que celles-ci soient utilisées à des fins de promotion.

Signature d'un parent ou du tuteur

Date