



Municipalité Notre-Dame-du-Portage

Fiche santé

Identification du participant (une fiche par participant)

Nom : _____ Prénom : _____
Âge : _____ Date de naissance : _____ Sexe : F / M
Numéro d'assurance maladie : _____ Exp. : _____
Nom du parent ou du tuteur responsable : _____
Adresse : _____
📞 maison : _____ 📞 travail : _____
📞 cellulaire : _____ @ : _____

Mon enfant est inscrit aux services suivants :

Sorties Soccer Cours de piscine Tennis

Informations médicales

Votre enfant présente-t-il une maladie ou un handicap? Est-il allergique à un médicament? A-t-il un ou des comportements nécessitant une attention particulière? Veuillez nous indiquer toute information vous paraissant pertinente.

Allergie : _____ Si oui, a-t-il besoin d'un épipen? Oui / Non
Asthme : _____ Prise de médicament : _____
Autres : _____

Nom du médecin : _____ 📞 : _____

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Lien de parenté : _____ 📞 maison : _____
📞 travail : _____ 📞 cellulaire : _____

Activités en zone aquatique –

- Mon enfant sait nager. Si oui, indiquez le niveau de qualification :
- Mon enfant **ne sait pas** nager.
- Mon enfant doit porter une veste de flottaison individuelle (VFI).

Autorisation

- J'autorise le personnel de la municipalité de Notre-Dame-du-Portage à appliquer de la crème solaire à mon enfant.
- En cas d'accident ou de maladie, j'autorise le personnel de la municipalité de Notre-Dame-du-Portage à assurer les suivis médicaux nécessaires.

Signature du parent ou du tuteur : _____

Date : _____