

Fiche d'inscription terrain de jeux 2019
Commission des loisirs de Saint-Félix-d'Otis
Au Chalet des Loisirs

Remplir la fiche d'inscription au complet et nous la retourner avec votre paiement s.v.p. :

Nom _____ Prénom _____

Âge _____

Sexe : M F Date de naissance : ____ / ____ / ____



Nom du père - mère - tuteur :

Adresse : _____

Ville : _____

Code Postal : _____

Tél. mère : _____ Tél. travail: _____

Tél. père : _____ Tél. travail: _____

No d'assurance sociale (N.A.S) du parent (si reçu d'impôt désiré): _____

Adresse courriel (pour recevoir l'information des mémos) : _____

Veillez cocher les journées où vous désirez inscrire votre enfant

<p>Semaine 1 : 25 juin au 28 juin</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> L</td> <td><input type="checkbox"/> M</td> <td><input type="checkbox"/> M</td> <td><input type="checkbox"/> J</td> <td><input type="checkbox"/> V</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> V	<p>Semaine 5: 22 au 26 juillet</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> L</td> <td><input type="checkbox"/> M</td> <td><input type="checkbox"/> M</td> <td><input type="checkbox"/> J</td> <td><input type="checkbox"/> V</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> V
<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> V							
<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> V							
<p>Semaine 2 : 2 au 5 juillet</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> L</td> <td><input type="checkbox"/> M</td> <td><input type="checkbox"/> M</td> <td><input type="checkbox"/> J</td> <td><input type="checkbox"/> V</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> V	<p>Semaine 6 : 29 juillet au 2 août</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> L</td> <td><input type="checkbox"/> M</td> <td><input type="checkbox"/> M</td> <td><input type="checkbox"/> J</td> <td><input type="checkbox"/> V</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> V
<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> V							
<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> V							
<p>Semaine 3 : 8 au 12 juillet</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> L</td> <td><input type="checkbox"/> M</td> <td><input type="checkbox"/> M</td> <td><input type="checkbox"/> J</td> <td><input type="checkbox"/> V</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> V	<p>Semaine 7: 5 au 9 août</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> L</td> <td><input type="checkbox"/> M</td> <td><input type="checkbox"/> M</td> <td><input type="checkbox"/> J</td> <td><input type="checkbox"/> V</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> V
<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> V							
<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> V							
<p>Semaine 4 : 15 au 19 juillet</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> L</td> <td><input type="checkbox"/> M</td> <td><input type="checkbox"/> M</td> <td><input type="checkbox"/> J</td> <td><input type="checkbox"/> V</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> V	<p>Semaine 8 : 12 au 16 août</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> L</td> <td><input type="checkbox"/> M</td> <td><input type="checkbox"/> M</td> <td><input type="checkbox"/> J</td> <td><input type="checkbox"/> V</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> V
<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> V							
<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> V							

Fiche de santé

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom : _____ Tél. : _____

Nom : _____ Tél. : _____

Autorisation des parents :

En signant la présente, j'autorise la direction du service de terrain de jeu à prodiguer les soins infirmiers nécessaires. Si les responsables le jugent nécessaire, je les autorise à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. S'il est impossible de nous rejoindre, j'autorise le médecin à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation.

Signature du parent ou du tuteur :

Numéro de la carte d'assurance-maladie : _____ Date d'expi. : _____

Votre enfant souffre-t-il d'**allergie** ? Si oui, précisez : _____

Épipen : Oui Non

Doit-on administrer un **médicament** à votre enfant ? Si oui, précisez (Fournir la médication dans son contenant original)

Nom du Médicament : _____

Heure : _____

Posologie : _____

Votre enfant souffre-t-il d'un trouble ou maladie? Est-il limité dans sa participation à certaines activités? Inscrivez ici tout commentaire pertinent au sujet du comportement de votre enfant.

Autorisez-vous le personnel du terrain de jeux à administrer des médicaments en vente libre (Tylenol, Graval, etc...) à votre enfant si nécessaire?

J'autorise

Je n'autorise pas

Signature du parent - tuteur / Date

Signature du parent - tuteur / Date
