

**AQUA-RELÂCHE 2012 - FICHE MÉDICALE**

Enfant – No personne Ludik : _____	Féminin <input type="checkbox"/>	Masculin <input type="checkbox"/>
Nom de l'enfant : _____	Date de naissance : _____ (année/mois/jour)	
Adresse : _____	Code postal : _____	
Téléphone résidence : _____		
Assurance-maladie : _____ Date d'expiration : _____		

Personnes à contacter en cas d'urgence
(lien de parenté)

PÈRE : _____	No personne Ludik : _____
Adresse : _____	Code postal : _____
Tél. résidence : _____	Tél. bureau : _____ Tél. cell. : _____

MÈRE : _____	No personne Ludik : _____
Adresse : _____	Code postal : _____
Tél. résidence : _____	Tél. bureau : _____ Tél. cell. : _____

Fiche médicale

Maladies : _____
Allergies : _____
Médicaments : (à prendre à l'occasion ou sur une base régulière, etc.) _____

Renseignements importants

1. Votre enfant sait-il nager ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Dernier niveau réussi : _____	Session : _____	
2. A-t-il besoin d'un gilet de sauvetage ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
3. L'enfant doit : Partir seul <input type="checkbox"/> Vous attendre <input type="checkbox"/>		
4. Autorisez-vous une autre personne que les 2 parents à venir chercher l'enfant ?	Si oui, inscrire son nom : _____	
5. Il serait important que nous sachions : _____ _____		

Je, soussigné, responsable de l'enfant, autorise à prendre toutes mesures médicales rendues nécessaires par l'état de l'enfant et ce, par un professionnel de la santé, si aucune des personnes à contacter ne peut être rejointe en cas d'urgence.

Signature du parent ou tuteur : _____ Date : _____

Autorisation

Je, soussigné(e) _____ (nom du parent) autorise la Ville de Mont-Saint-Hilaire à partager des renseignements personnels concernant mon enfant _____ auprès du CSSSRY, du CRDI M.-E., du CMR et de l'INLB pour les soins et les services reçus contenus dans le dossier de mon enfant. Cette autorisation est valide jusqu'au 9 mars 2012.
Signature du parent ou tuteur : _____ Date : _____

RELEVÉ 24 doit être émis au nom du payeur	Autorisation photos
Nom _____ Prénom _____	Je, soussigné(e) _____ autorise, sans rémunération et sans préavis, la Ville de Mont-Saint-Hilaire à utiliser les photos où figure mon enfant dans les publications de la Ville. Je renonce, par le fait même, à tout recours légal et toute réclamation quant à la diffusion et la publication de ces photos.
Tél. résidence _____ N° assurance sociale _____	
Adresse, si différente _____	
no civique, rue, app. _____	
Ville _____ Code postal _____	
	Signature : _____ Date : _____