



Fiche d'inscription/Registration form

Nom et prénom de l'enfant/Child's name :

Adresse/Address :

Date de naissance/Date of Birth :(Jour/Day)(Mois/Month)(Année/Year)

Nom de la mère/Full name of mother:

Adresse(si différent)/ Address (if different):

Numéro de Téléphone/Phone number: Domicile/Home :

Travail/Work :

Courriel/email :

Nom du Père/Full name of the father:

Adresse (si différent) /Address (if different):

Numéro de Téléphone/phone number: Domicile/Home :

Travail/Work :

Courriel/email :

Qui la permission de venir chercher votre enfant? /Who has permission to Pick up your Child?

1).....

2).....

En Cas d'urgence/In Case of Emergency

Nom/Name: **Lien avec l'enfant/ Relationship to child:**

Numéro de Téléphone/Phone number: Domicile/Home :

Travail/Work :

En Cas d'urgence/In Case of Emergency

Nom/Name: **Lien avec l'enfant/ Relationship to child:**

Numéro de Téléphone/Phone number: Domicile/Home :

Travail/Work :

Santé et Alimentation/ Health and Diet

Prénom et nom du médecin/Full Name of physician : -----

Adresse/address : -----

Numéro de Téléphone/Phone Number : -----

Numéro d'assurance-maladie/Health Card Number (MSI): -----

Date d'expiration/ Expiration date: -----(Jour/Day) -----(Mois/Month) -----(Année/Year)

Décrivez toute maladie sérieuse/Describe any serious illnesses : -----

Si votre enfant est sous médication, nommez la médication et la raison de sa prescription/If your Child is taking any medication, indicate what medication and what it is for :-----

Allergies(réactions et sévérité)/Allergies(Reactions and severity)-----

Traitements/Treatments :-----

Restrictions alimentaires/Diet Restrictions : -----

Consentement pour transport et soins d'urgence

. Dans l'éventualité où ni moi, mon conjoint, ou les personnes contacts ne peuvent être rejoints, j'autorise le Conseil communautaire à transporter mon enfant-----a un centre médical et à demander l'intervention d'un ou plusieurs membres du corps médical suite a une maladie subite ou à une urgence.

Signature de parent ou tuteur : -----

Date : -----

Parental consent for emergency care and transportation

If, at any time, due to such circumstances as an injury or sudden illness, medical treatment is necessary, I authorize the day camp staff to take whatever emergency measures that they deem necessary for the protection of my child-----while in their care.

Parent's signature: -----

Date: -----