



FICHE D'INSCRIPTION ET DE SANTÉ

D'autres copies de fiches d'inscription et de santé sont disponibles sur le site Internet de la Ville ou à la réception de l'hôtel de ville.

| | | |
|----------|----------|----------|
| Activité | Activité | Activité |
| Code | Code | Code |
| Coût | Coût | Coût |

| | | | |
|--------------------|-----------------|-------------------------------------|---|
| PARTICIPANT | | N° de Carte loisirs (obligatoire) : | |
| Nom | Prénom | Sexe | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |
| Date de naissance | JOUR | MOIS | ANNÉE |
| Adresse principale | | Code postal | |
| Tél. résidence | Tél. cellulaire | Tél. bureau | |
| Courriel | N° ass. maladie | Expiration | |

| | | | |
|---|-----------------|-------------------------------------|--|
| Parent ou tuteur responsable (section à compléter pour enfants de 17 ans et moins) | | N° de Carte loisirs (obligatoire) : | |
| Nom | Prénom | | |
| Adresse du parent si différente de l'enfant | | Code postal | |
| Tél. résidence | Tél. cellulaire | Tél. bureau | |
| Courriel | | | |

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX DU PARTICIPANT

1- Le participant souffre-t-il de maladies, allergies, intolérances alimentaires ou maux particuliers? Oui Non
Précisez : _____

Si oui, un diagnostic a-t-il été établi par un professionnel de la santé? Oui Non

2- Le participant prend-t-il des médicaments? Oui Non
Précisez : _____

3- Le participant a-t-il besoin d'un encadrement spécifique (au camp de jour, à l'école ou autre) relié à son état de santé ou à son trouble ou son comportement observé? Oui Non
Précisez : _____

Si oui, possède-t-il la carte d'accompagnement loisir (CAL) émise par l'Association québécoise pour le loisir des personnes handicapées (AQLPH)? Oui Non

4- En cas d'urgence : Nom de la personne à joindre _____ Lien avec le participant : _____
Tél. résidence : _____ Tél. cellulaire : _____ Tél. bureau : _____

AUTORISATION DU PARTICIPANT - AUTORISATION DES PARENTS (si le participant a 17 ans et moins)

En signant la présente, je déclare que tous les renseignements qui y sont contenus sont vrais et je m'engage à informer la Ville de Varennes de tout changement à ce sujet. La Ville de Varennes ne pourrait être tenue responsable de tout événement pouvant survenir et pour lequel elle n'avait pas reçu les informations nécessaires.

Je comprends et j'accepte que si je ou mon enfant ne respecte pas les règles ou que mon/son comportement peut porter atteinte à sa sécurité ou celle des autres participants, ce dernier pourra

faire l'objet de mesures de représailles, incluant son renvoi.

De plus, j'autorise expressément la Ville de Varennes, de même que ses employés, mandataires ou représentants à prodiguer immédiatement et sans avis tous les soins médicaux nécessaires en cas d'urgence. J'autorise également la Ville de Varennes, de même que ses employés, mandataires ou représentants à me (mon enfant) transporter par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire si elle le juge nécessaire.

Finalement, je confirme avoir lu tous les renseignements sur les procédures d'inscription et sur la politique de remboursement du bulletin aux citoyens À Propos de Varennes hiver 2020 et je comprends qu'aucun remboursement ne sera accordé à moins que la demande n'ait été reçue au moins (11) onze jours ouvrables avant le début de l'activité (auquel cas des frais d'administration de 15 \$ payables par cours ou activité seront applicables).

| | | |
|------------------------------|------------------------------------|------|
| Nom du participant ou parent | Signature du participant ou parent | Date |
|------------------------------|------------------------------------|------|