



**Formulaire d'inscription Camp 911
MRC du Haut-Saint-François
8 au 12 août 2011**

Identification du participant

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Adresse : _____
No et rue Ville Code Postal

Téléphone : _____ Date de naissance (J/M/A) : _____

No d'assurance maladie du Québec : _____

Identification des parents

Nom de la mère : _____ Prénom : _____

Adresse : _____
No et rue Ville Code Postal

Téléphone Résidence : _____ Téléphone Travail : _____

Nom du père: _____ Prénom : _____

Adresse : _____
No et rue Ville Code Postal

Téléphone Résidence : _____ Téléphone Travail : _____

Noms de deux personnes à contacter en cas d'urgence et en l'absence des parents

1- Nom: _____ Prénom : _____

Adresse : _____
No et rue Ville Code Postal

Téléphone Résidence : _____ Téléphone Travail : _____

Veuillez retourner le formulaire dûment complété, avant le 10 juin 2011, au :

Comité Loisir de la MRC du Haut-Saint-François
5182, Boulevard Bourque Sherbrooke, Qc J1N 1H4

2- Nom: _____ Prénom : _____

Adresse : _____
No et rue Ville Code Postal

Téléphone Résidence : _____ Téléphone Travail : _____

Renseignements médicaux

Votre enfant a-t-il une allergie requérant une attention particulière? **Oui** **Non**

Si oui, précisez : _____

Traitement : _____

Votre enfant prend-t-il des médicaments de façon régulière : **Oui** **Non**

Si oui, précisez : _____

Votre enfant porte-t-il des :

Lunettes **Lentilles cornéennes** **Appareils dentaires** **Bracelet Médic-Alert**

Autres (précisez) : _____

Autorisation

J'autorise les autorités présentes d'agir en bon parent auprès de mon enfant et de prendre les décisions jugées opportunes dans les circonstances.

J'autorise que toutes les informations médicales jugées pertinentes soient transmises aux personnes responsables.

J'autorise les responsables à transporter mon enfant à mes frais au centre de santé le plus près s'il y a nécessité, suite à un accident ou à un malaise subit.

J'autorise le médecin, si votre enfant est inconscient et que vous n'êtes pas en mesure de vous rendre immédiatement au centre de santé, à lui prodiguer les soins médicaux requis pour son état.

J'autorise le Comité Loisir de la MRC du Haut-Saint-François à utiliser toute image prise lors de la période d'activité afin de procéder à toute forme de promotion du Camp 911.

Signature d'un parent ou tuteur

Date

Veuillez retourner le formulaire dûment complété, avant le 10 juin 2011, au :

Comité Loisir de la MRC du Haut-Saint-François
5182, Boulevard Bourque Sherbrooke, Qc J1N 1H4