

IDENTIFICATION

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT		RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉPONDANT (PAYEUR)	
<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> M.
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Date de naissance : _____ année / mois / jour		Adresse :	
Adresse :		Ville :	Code postal :
Ville :	Code postal :	Téléphone résidence : ()	
Téléphone résidence : ()		Téléphone bureau : ()	
Cellulaire : ()		Cellulaire : ()	
Courriel :		Courriel :	
No d'assurance maladie :		No d'assurance sociale :	

FICHE SANTÉ

INFORMATIONS MÉDICALES

Le participant a-t-il des allergies?

oui non

Si oui, quelles allergies et décrire les symptômes à surveiller et le traitement.

Si oui, a-t-il un auto-injecteur :

oui non

RÉPONDANTS / URGENCE (LISTE DE 2 À 3 PERSONNES, MINIMUM 2)

Nom	Prénom	Lien	Téléphone
			()
			()
			()
			()
			()

Le participant souffre-t-il d'une maladie, d'un handicap ou d'une limitation fonctionnelle? oui non
 Si oui, lesquels et quelles sont les particularités que nous devons savoir?

Le participant présente-t-il un trouble qui nous amènerait à adopter une approche particulière (trouble de comportement, hyperactivité, etc.)? oui non
 Si oui, description de l'approche recommandée.

Le participant prend-il des médicaments? oui non
 Si oui, lesquels?

DÉPART

Le participant peut-il partir seul? oui non

Quelles sont les personnes autorisées à venir le chercher? (2 à 5 personnes)

Nom	Prénom	Lien	Téléphone
			()
			()
			()
			()
			()

AUTORISATION REQUISE

J'autorise le CNBF à prendre des photos ou vidéos du participant et à les utiliser à des fins promotionnelles. oui non

Les responsables me feront part de toute décision quant aux soins médicaux prodigués au participant dans les plus brefs délais afin d'obtenir mon consentement. S'il leur est impossible de me joindre, je les autorise à intervenir en mon nom. De plus, en cas d'urgence grave, j'autorise le médecin traitant à effectuer tout traitement, incluant une anesthésie, une opération, une hospitalisation ou autres, dans le but de soigner ou de sauver la vie du participant. oui non

J'ai pris connaissance du guide aux parents ainsi que des règlements généraux. (à suivre après inscription) oui non

Je confirme que les informations se trouvant à l'intérieur de ce document sont véridiques. oui non

SIGNATURE DU PARTICIPANT

Nom et prénom en caractère d'imprimerie

Signature

Date

SIGNATURE DU RÉPONDANT

Nom et prénom en caractère d'imprimerie

Signature

Date