

FICHE SANTÉ

IDENTIFICATION

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance: _____ # Assurance maladie _____

Adresse courriel du parent : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Nom du père : _____ Tél rés : _____ Cell/Bur : _____

Nom de la mère : _____ Tél rés : _____ Cell/Bur : _____

Qui sont les personnes autorisée à reprendre l'enfant : Mère Père Autre (spécifiez) : _____

INFORMATIONS MÉDICALES

Allergies : _____

Informations médicales : _____

Médication : _____

Devons-nous donner des médicaments à votre enfant pendant le camp de jour? Oui Non Si oui, quand (heure) _____

J'autorise le personnel du centre d'amusement familial Grimper Partout inc. à donner la médication indiquée aux heures et aux moments inscrits sur cette fiche santé.

Signature du parent

Date

PERSONNE EN CAS D'URGENCE (AUTRE QUE LES PARENTS)

Nom et prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____

Tél rés : _____ Tél travail : _____ Autre tél : _____

AUTORISATION PHOTOS

Autorisation	Initiales	Date
J'autorise le personnel du centre d'amusement familial Grimper partout inc. à prendre des photos de mon enfant afin d'immortaliser leurs meilleurs souvenirs et de permettre la promotion du camp de jour (site web Grimpe et Partou seulement et chez Grimpe et Partou)		

Signature du parent

Date

REÇU D'IMPÔT POUR FRAIS DE GARDE

Nom du payeur: _____ # ass sociale (obligatoire) : _____

Adresse postale : _____ Ville : _____ Code postal : _____