|  |  |
| --- | --- |
| **Sports - Fiche santé** | Veuillez remplir 1 fiche par enfant svp! |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification** | |  | |  | |  | |
| Nom de l'enfant : Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | | Sexe : Choisissez un élément. | |
| Prénom de l'enfant : Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | | Code postal : Cliquez ici pour taper du texte. | |
| Adresse : Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | | | |
| Numéro d'assurance maladie : Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | | Expiration : Mois/ Année. | |
| Date de naissance (Année/Mois/Jour) : Cliquez ici. | | | | | | Âge au 30 septembre 2020 : Cliquez ici | |
|  | | |  |  | |  | |
| **Personne à joindre en cas d’urgence** | | |  |  | |  | |
| **Mère** : Cliquez ici pour taper du texte. | | | | Courriel : Cliquez ici pour taper du texte. | | | |
| Tel. Résidence : Cliquez ici. | | Tel. bureau : Cliquez ici . | | | | Cellulaire : Cliquez ici . | |
| **Père**: Cliquez ici pour taper du texte. | | | | Courriel : Cliquez ici pour taper du texte. | | | |
| Tel. résidence : Cliquez ici . | | Tel. bureau : Cliquez ici . | | | | Cellulaire : Cliquez ici . | |
| **Autre personne** (lien de parenté) : Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | | | |
| Tel. résidence : Cliquez ici . | | Tel. bureau : Cliquez ici . | | | | Cellulaire : Cliquez ici . | |
|  | |  | |  | |  | |
| **Autorisation photos (cochez)** | | | | | | | |
| J’accepte que mon enfant soit photographié et que ces photos puissent être utilisées par la Municipalité de Saint-Alexandre-de-Kamouraska à des fins publicitaires. | | | | | | | |
| **Données médicales (cochez)** | | | | | | | |
| Autisme | TDA/H | | | | Asthme | | Diabète |
| Trouble envahissant du développement | Maux de tête fréquents | | | | Difficulté avec l’autorité | | Troubles de l’opposition |
| Épilepsie | Troubles de l’impulsivité | | | | Troubles du langage | | Troubles nerveux |
| Allergies (précisez) : Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | | | |
| Autres (précisez) : Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | | | |
| Prend-il des médicaments? Choisissez un élément. Si oui, lesquels : Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | | | |
| Informations supplémentaires : Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : Cliquez ici pour taper du texte. | Date : Cliquez ici pour taper du texte. |