

FICHE SANTÉ

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom : _____

Prénom : _____

EN CAS D'URGENCE

Nom /Prénom

Adresse

Ville Province Code postal

Tél. : _____

PROBLÈME DE SANTÉ CONNU

Avez-vous des problèmes de santé connus ?

ALLERGIES

Est-ce que vous avez des allergies ou intolérances ? OUI NON précisez : _____

AUTORISATIONS

- Je m'engage à me conformer aux mesures de protection. Je comprends et accepte que le Centre multifonctionnel de Beaupré ne pourra garantir un milieu sans COVID-19, qui soit exempt de contamination ou de contagion.

_____ (Initiales)

Signature

Date