

FICHE AUTOMNE 2021

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 Beupré ne pourra garantir un milieu sans COVID-19, qui soit exempt de contamination ou de contagion.
_____ (Initiales)

Signature

Date