FICHE AUTOMNE 2020

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