



AUTORISATION PARENTALE ET FICHE MÉDICALE

CHAD

Camp Mariste, 8082 chemin du lac Morgan, Rawdon, Qc, J0K 1S0
05-07 décembre 2024

Autorisation de l'activité :

Je, _____, parent/tuteur de _____
(Nom du parent/tuteur) (Nom du participant)

autorise mon enfant à participer au CHAD et autorise les responsables de l'activité à prodiguer les premiers soins à mon enfant ainsi que le transport par ambulance vers un établissement hospitalier, si nécessaire.

Signature du parent/tuteur

Date

Autorisation du transport :

Je, _____, parent/tuteur de _____
(Nom du parent/tuteur) (Nom de l'élève)

donne la permission à Jonathan Drouin et aux bénévoles des Frères Maristes à transporter mon enfant pour le CHAD.

Signature du parent/tuteur

Date

Autorisation pour les photos :

Je, _____, parent/tuteur de _____
(Nom du parent/tuteur) (Nom de l'élève)

donne la permission que des photographies et/ou des vidéos soient prises de lui/elle pendant le CHAD pour une utilisation dans le développement du matériel promotionnel et des relations publiques des Frères Maristes.

Signature du parent/tuteur

Date

Fiche Médicale

Contact d'urgence :

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro de tél. : _____ Numéro de cell. : _____

Lien avec l'enfant : _____ Numéro d'assurance maladie : _____

L'enfant est-il allergique ou particulièrement sensible à certaines matières ou aliments ? Si oui, lesquels ?

Oui Non _____

Votre enfant a-t-il en sa possession une dose d'adrénaline (Épipen, Ana-kit) en fonction de ses allergies (notez que l'enfant est responsable de sa dose d'adrénaline durant toute la durée de l'activité) ?

Oui Non

L'enfant doit-il prendre des médicaments en cours de séjour ?

Nom du médicament :

Dose :

Fréquence :

Autres renseignements utiles : _____

Je, _____, parent/tuteur de _____
(Nom du parent/tuteur) (Nom de l'élève)

déclare que les renseignements donnés sont véridiques et que mon enfant est en bonne santé et apte à participer à cette activité.

Signature du parent/tuteur

Date