

Autorisation des parents - Camp

Nom du jeune :	
Adresse :	
Téléphone(s) :	
Nom du parent :	

Autres contacts pour urgence

Si vous devez vous absenter du lieu habituel de résidence pendant la période où l'activité se déroulera, veuillez indiquer une autre personne ressource :

Nom :	
Adresse:	Simon
Téléphone:	

Autorisation à participer

J'autorise mon enfant à assister et à participer à :

Activité :	Camp Hiver / Été
Adresse :	
Téléphone :	
Période :	

Condition Physique	Oui	Non
J'autorise l'équipe d'animation à administrer à mon enfant des médicaments anti-douleur acétaminophène «Tyléfol» s'il en avait besoin.		
Votre enfant prend-il des médicaments présentement ? Si oui, précisez : Médicaments et posologie :		
Votre enfant a-t-il des allergies ou des restrictions alimentaires ? Si oui, précisez : Allergies / Restrictions :		

Autorisation	
Si vous devez vous absenter du lieu habituel de résidence pendant la période où l'activité se déroulera, veuillez indiquer une autre personne ressource :	
Par la présente,	
<ul style="list-style-type: none"><li>Je confirme que les informations contenues dans ce formulaire sont exactes.</li><li>J'autorise mon enfant à assister et à participer au camp.</li><li>J'autorise les animateurs ou auxiliaires de camp à transporter mon enfant.</li></ul>	
Signature :	Date :

Stephanie

fremblay