

JOURNÉE IMMERSION VOLET SPORTS

9 FÉVRIER 2018

INSCRIPTION DE L'ÉLÈVE



Nom de l'élève : _____ École : _____

Téléphone à la maison : _____ Téléphone d'urgence : _____
(Obligatoire : cellulaire, travail)

Autre numéro : _____

Je viendrai chercher mon enfant à l'ÉSJSN à 15 h 45.

Mon enfant quittera l'ÉSJSN sous la responsabilité de _____

INFORMATION MÉDICALE

Veillez S.V.P. inscrire la date de naissance ainsi que le numéro d'assurance maladie de votre enfant.

No. d'assurance maladie : _____ Date de naissance : _____

Si votre enfant souffre de maladie quelconque, est allergique à certains produits ou doit prendre des médicaments, veuillez nous le mentionner s.v.p.

_____ Maladie/Allergie _____ Médicament/Dose

_____ Maladie/Allergie _____ Médicament/Dose

NOM DU PARENT ou TUTEUR (EN LETTRES MOULÉES) : _____

SIGNATURE : _____ DATE : _____

J'autorise la captation d'images ou de vidéos lors de cette journée pour diffusion de l'activité.

** Une confirmation de l'inscription de votre enfant sera envoyée par courriel.

Courriel : _____