



FICHE SANTÉ ET CONSENTEMENT

1. Renseignement généraux sur le Participant

Nom complet : _____

Date de naissance : _____

Adresse: _____

Numéro de téléphone : _____

RAMQ _____ Exp: _____

2. Répondants du Participant

Nom complet : _____

Numéro de téléphone : _____

Adresse e-mail : _____

3. En cas d'urgence

Autres personnes à contacter en cas d'urgence (Si le répondant n'est pas disponible).

Nom complet : _____

Numéro de téléphone : _____

Lien avec le Participant: _____

Nom complet : _____

Numéro de téléphone : _____

Lien avec le Participant: _____

4. Commentaires et particularités relié au Participant

Allergies: _____

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-kit)?

Oui Non

À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE : _____

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par la Cour des Grands à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline au Participant en cas de besoin.

Problèmes physique: _____

Comportement: _____

Autres commentaires: _____

4. Médicaments

Le participant prend-il des médicaments pendant la période où il fréquente les Ateliers?

Oui Non

Si oui, noms des médicaments et posologie: _____

À SIGNER SI LE PARTICIPANTS A DES MÉDICAMENTS À PRENDRE:

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par la Cour des Grands à administrer, les médicaments ci-dessus au Participant.

4. Autorisations

En signant la présente,

J'autorise les intervenants de la Cour des Grands à prodiguer les premiers soins au Participant. Si la direction le juge nécessaire, j'autorise également à transporter le Participant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier

Je consens à ce que des photos ou des vidéos du Participant prises lors des ateliers de la Cour des Grands soient utilisées à des fins de documentation, de promotion et de communication, y compris sur le site web et les médias sociaux de l'organisation.

Oui Non

J'autorise les intervenants à véhiculer le Participant au besoin.

Je déclare que les informations fournies dans cette fiche sont exactes et complètes. J'accepte de tenir informée l'équipe de la Cour des Grands de tout changement concernant ma santé ou mes coordonnées.

Nom complet (Répondant) : _____

Signature : _____

Date : _____