



En remplissant et signant ce formulaire avec vos informations, vous acceptez de divulguer vos données personnelles.

**INFORMATIONS DE L'ENFANT**

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_  
 Code postal: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_  
 Adresse courriel : \_\_\_\_\_ Grandeur du chandail: J unior Petit Moyen  Large  
 Adulte Petit Moyen Large

**SANTÉ**

Votre enfant consomme-t-il des médicaments?  OUI  NON  
 Si oui, le nom des médicaments \_\_\_\_\_ Posologie \_\_\_\_\_  
 A-t-il des allergies :  OUI  NON Si oui, lesquelles? \_\_\_\_\_  
 No. d'assurance-maladie: \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

**URGENCE**

Nom du père: \_\_\_\_\_ Tél. rés: \_\_\_\_\_  
 Tél. travail: \_\_\_\_\_  
 Nom de la mère: \_\_\_\_\_ Tél. rés: \_\_\_\_\_  
 Tél. travail: \_\_\_\_\_  
 Autre tél. : \_\_\_\_\_  
 En cas d'urgence, j'autorise le ou les responsables de l'activité à prendre toutes les décisions permettant d'assurer la santé et la sécurité de mon enfant et d'appeler une ambulance si nécessaire.  
 OUI  NON  Signature: \_\_\_\_\_

**AUTORISATION**

En complétant cette fiche d'urgence et en signant ce formulaire j'autorise que mon enfant ;

- Soit photographié et/ou filmé et que le contenu soit publié sur les réseaux sociaux de la municipalité ainsi que sur le site web.
- Reçoive les soins d'urgence nécessaires à sa santé dans le cas où les démarches pour vous rejoindre auraient échouées.

Signé le \_\_\_\_\_ à Lambton.

Signature du parent: \_\_\_\_\_  
Date

**Le coût de l'inscription est de 50 \$. Un dépôt de 20 \$ sera également demandé pour le chandail et sera remis à la fin de la saison lors du retour du chandail.**

**Le tout est payable lors de la première journée de soccer. Le reçu vous sera acheminé par courriel par la suite.**