

Fiche-SANTÉ OBLIGATOIRE POUR INSCRIPTION (un formulaire par enfants)

“Les petits cuistots, apprendre à bien manger en s’amusant” © Sylvie Leblanc n.d. (ISBN 2-9804831-2-5)

Petits cuistots jeunes de 7 à 13 ans (filles et garçons).

Prénom: _____ **Nom:** _____ **Date de naissance:** J /M /A **Année scolaire:** _____
Frère ou sœur ou ami(e)s participant aux ateliers : _____ (lien) _____
Adresse: _____ **Ville:** _____ **Code postal:** _____
Tél. (maison): () _____ - _____ **Tél.: (en cas d’urgence):** () _____ - _____ **Personne-ressource:** _____ **(lien):** _____
Autre(s) personne(s) autorisée(s) à venir chercher votre Enfant-Ado (1) _____ **(2)** _____
Votre enfant a-t-il le droit d’utiliser des couteaux?: _____ **Peut-il utiliser les fours ou la cuisson sur le poêle:** _____

➤ **Numéro d’assurance maladie:** _____ **Date d’expiration:** M /A _____

➤ Allergie(s): _____ Intolérance(s): _____
➤ L’enfant doit-il porter sur lui un Epipen, Benadryl, Ventolin, enzyme lactase, autres médicaments ? _____
➤ Maladies particulières: _____ a-t-il (elle) besoin d’un(e) accompagnateur (trice) : _____ Nom : _____
➤ Comportement particulier: _____ TAD : _____ TADH : _____ TED : _____ TOC : _____ Détails : _____

J’affirme en tant que parent, tuteur ou responsable de _____ que les informations données sur mon enfant sont complètes et véridiques

J’autorise les responsables à prodiguer les premiers soins d’urgence nécessaires et, le cas échéant, je m’engage à défrayer les frais de transport par ambulance et les frais médicaux. Signature du parent ou du tuteur: _____ Lettres moulées: _____ Date: _____

J’atteste que comme parent de _____ ayant des problèmes d’allergies ou de santé graves, le marchand, le professeur et les actionnaires ne peuvent assurer l’innocuité des plans de travail ou des produits. Signature: _____ Date: _____

Désirez-vous être confirmé ou avisé pour des communications par courriel : _____ adresse de courriel : _____

Autorisez-vous l’administration et la créatrice du programme à prendre des photos de votre enfant lors des activités oui _____ non _____

Marchand Avril supermarché Santé Participant «Les Petits cuistots,... » © Rencontres _____ date _____ montant : _____

AVRIL SUPERMARCHÉ SANTÉ

Attention les rencontres sont le dimanche de 14 h à 15H 30

Centre Laval

Laval , 1660 Boul le Corbusier, Laval QC H7S 1Y9

450-557-6446

- 1 / 21 octobre / __ \$ / - 2 / 18 novembre / __ \$ / - 3 / 16 décembre / __ \$ /

Le nombre de participants est limité à 18 enfants pour chaque groupe + 10 réservistes sur appels pour «les petits cuistots»

N.B. Seuls les enfants dont la fiche d’inscription sera complétée et payé, selon le nombre, seront admis

Pour information sur le contenu des rencontres : communiquez avec madame Sylvie Leblanc **au (450) 965-7352**

Versement total : _____ comptant _____ interac _____ crédit _____ par employé # : _____ Date : _____ / _____ / _____