

**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 samedi de 14 h à 15H 30 une rencontre mensuelle**

**Centre Laval**

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

**450-557-6446**

**- 1 / 14 mars / \_\_ \$ / - 2 / 15 avril / \_\_ \$ / - 3 / 9 mai / \_\_ \$ /**

**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 : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_**