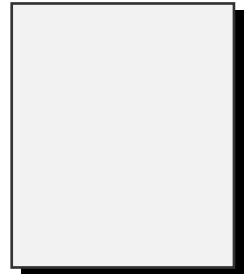


Fiche santé



Nom: _____

Prénom: _____

EN CAS D'URGENCE :

Nom, prénom: _____

No de téléphone : _____ Lien : _____

Nom, prénom: _____

No de téléphone : _____ Lien : _____

VOTRE ENFANT A-T-IL DES PROBLÈMES DE SANTÉ? OUI NON

Si oui, lesquels: _____

Remarques :

Signature: _____ Date: _____

MON ENFANT REPARTIRA :

Seul Avec la mère Avec le père Autres

Nom: _____ Prénom : _____ Tél. : _____

Nom: _____ Prénom : _____ Tél. : _____

Nom: _____ Prénom : _____ Tél. : _____

Mon enfant sait nager : Oui Non

Mon enfant doit utiliser un vêtement de flottaison : Oui Non

(si oui, apportera-t-il son propre vêtement de flottaison lors de sorties?) Oui Non

J'autorise les Camps AES à utiliser des photos de mon enfant à des fins publicitaires : Oui Non

En cas d'urgence, j'autorise les camps AES à prendre les actions nécessaires pour assurer la santé et le bien-être de mon enfant.

Les camps AES ne pourront être tenus responsables si des évènements sont causés par des informations manquantes sur cette fiche (maladies, incapacités ou allergies)

J'affirme avoir pris connaissance que les camps AES prévoient des remboursements pour cause médicale seulement (certificat médical à l'appui) -15% de frais d'administration. Les remboursements seront fait en septembre 2010. Aucun remboursement ne sera fait pour une annulation ou pour une suspension.

Signature du parent : _____ Date : _____