

### IDENTIFICATION DU PARTICIPANT

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F  Autre

# Ass. maladie : \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_

### CONTACT EN CAS D'URGENCE

\_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENT MÉDICAUX

Votre enfant porte-t-il un bracelet Médic-Alert? Oui  Non

Si oui, précisez la raison : \_\_\_\_\_

Votre enfant souffre-t-il :

⚓ Asthme

⚓ Diabète

⚓ Épilepsie

⚓ Allergie  \_\_\_\_\_

⚓ Autres  Précisez : \_\_\_\_\_

Si vous avez répondu dans l'affirmative à l'une ou plusieurs de ces questions, veuillez nous informer des symptômes précédant l'état de crise et des soins immédiats à apporter afin d'y remédier : \_\_\_\_\_

Votre enfant doit-il prendre des médicaments? Oui  Non

Si oui, précisez lesquels : \_\_\_\_\_

**Veillez nous rencontrer à ce sujet, s'il vous plait.**

### AUTORISATION D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE

J'autorise le Club de Voile Deux-Montagnes à administrer, si nécessaire, les médicaments ou produits suivants :

⚓ Tylnol : Oui  Non

⚓ Polysporin : Oui  Non

⚓ Crème solaire : Oui  Non

## AUTORISATION ET SIGNATURE

### **Renonciation de responsabilité**

J'accepte tous les risques et les responsabilités liés à la participation de mon enfant au stage de voile du Club de Voile Deux-Montagnes. Le Club de Voile Deux-Montagnes ainsi que toutes les personnes impliquées dans l'organisation du programme et du Club, ne pourront en aucun cas, être tenus responsables des dommages, blessures, pertes ou réclamations de nature personnelle ou matérielle occasionnés ou infligés à un participant. Je dégage donc de toute responsabilité le Club de Voile Deux-Montagnes, ses membres, ses employés ainsi que toute personne désignée des dommages matériels ou personnels que mon enfant pourrait subir lors de ce programme.

### **Autorisation de publication**

Le Club pourrait prendre des photos et/ou vidéos des participants durant leur stage et ces dernières pourraient être publiées sur le site internet du Club et/ou un dépliant publicitaire, en vue de promouvoir l'école de voile. En signant ce formulaire, j'autorise le Club de Voile Deux-Montagnes à publier ces photos et/ou vidéos.

Je soussigné certifie que les renseignements fournis dans cette fiche médicale sont exacts.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_