

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION

**Soirée cinéma, pyjama et pizza**  
**Samedi 16 février 2019 de 17 h à 21 h**

DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ		HORAIRE DE LA SOIRÉE	
Âge : 5 à 12 ans		17 h : Accueil et animation	
Coût : 12 \$ (carte Accès valide obligatoire)		18 h : Souper PIZZA; suivi d'activités d'animation	
Lieu : École secondaire de Chambly (535, boul. Brassard)		19 h : Projection du film avec maïs soufflé et breuvage	
Période d'inscription : 9 janvier au 1 <sup>er</sup> février 2019		21 h : Fin de la soirée	
INFORMATION			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Votre enfant peut être habillé d'un pyjama confortable et apporter une paire d'espadrilles.</li> <li>• L'heure d'arrivée et de départ des enfants est laissée à la discrétion des parents (entre 17 h et 21 h).</li> <li>• Il est de la responsabilité des parents de nous informer si l'enfant a des problèmes de santé (ex. : allergie).</li> <li>• Si votre enfant ne peut pas manger de la pizza, il peut apporter son lunch froid.</li> <li>• Aucun enfant ne peut quitter l'activité seul.</li> </ul>			
IDENTIFICATION DU PARTICIPANT			
Carte Accès : 1 0 0 _____		Expiration : _____	Sexe : F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>
Nom :		Prénom :	
Date de naissance :	Téléphone 1 :	Téléphone 2 :	
Adresse :	Ville :	Code postal :	
PROFIL MÉDICAL (Attentions ou précautions particulières)			
Numéro d'assurance maladie :		Expiration :	
Allergies ? OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	Utilisation d'un système d'injection d'adrénaline (Épipen) OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	Autre ? OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	
	Si oui, l'enfant doit l'avoir sur lui en tout temps.		
Précisez :	Précisez :	Précisez :	
PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE			
1 Nom :		Prénom :	
Lien :	Téléphone 1 :	Téléphone 2 :	
2 Nom :		Prénom :	
Lien :	Téléphone 1 :	Téléphone 2 :	
IDENTIFICATION DU PAYEUR			
Carte Accès : 1 0 0 _____		Expiration : _____	Lien :
Nom :		Prénom :	
Téléphone :	Tél. bureau :	Poste :	
Adresse, si différente de celle du participant :	Ville :	Code postal :	
AUTORISATIONS			
Mot de passe obligatoire (pour récupérer votre enfant) :		Autorisez-vous la Ville de Chambly à utiliser les photos du participant prises pendant les activités à des fins de promotion ? OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	

En inscrivant mon enfant à une ou plusieurs journées d'activité, j'autorise la Ville de Chambly à prodiguer tous les premiers soins de base nécessaires. J'autorise également la Ville de Chambly à le transporter par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire, si elle le juge nécessaire. De plus, s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin ou tout autre professionnel de la santé à lui prodiguer tous les soins médicaux requis par son état.

En signant la présente, j'autorise la Ville de Chambly à transmettre les informations médicales au responsable désigné et au personnel d'animation concerné.

Signature (parent ou tuteur) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_