



FICHE DE SANTÉ

Nom du participant:

Nom du parent si mineur:

Adresse:

Téléphone:

Carte soleil:

Ville:

Courriel:

Code postal:

Date naissance:

Bilan de santé (allergies, médicaments, régime particulier, opérations récentes ou en lien avec l 'activité) : _____

Posologie des médicaments (18 ans et moins)

- J 'autorise Orphée Guy à administrer la médication mentionnée ci-haut à mon enfant durant sa présence à la ferme du Centaure.
- J 'accepte que l 'instructeur ou un adulte responsable conduise mon enfant à l 'urgence dans son véhicule s 'il juge sa blessure mineure et ne nécessitant pas l 'ambulance.
- J 'accepte que l 'ambulance soit appelée pour mon enfant.

Signature du participant

Date _____

Signature d 'un parent si moins de 18 ans

FERME CENTAURE

875 rang 1
Laverlochère
Abitibi-Témiscamingue
J0Z 2P0

819-765-2404
info@fermeducentaure.ca
www.fermeducentaure.ca

