

FICHE DE SANTÉ DU PARTICIPANT

Nom du participant:
Nom du parent si mineur:
Adresse :
Ville:
Code postal :
Téléphone:
Courriel:
Date naissance:
Carte d'assurance maladie :
Bilan de santé (allergies, médicaments, régime particulier, opérations récentes ou en lien avec l'activité):
Posologie des médicaments (18 ans et moins) :

J'autorise, Sarah Durocher, à administrer la médication mentionnée ci-haut à mon enfant durant sa présence à la Ferme équestre aux Pins gris. Int : ____

J'accepte que l'instructeur conduise mon enfant à l'urgence dans son véhicule s'il juge sa blessure mineure et ne nécessitant pas l'ambulance. Int : ____

Signature du participant

Signature du parent/tuteur

Date : _____

