

RENSEIGNEMENTS – ENFANT

Nom de l'enfant : _____	Sexe de l'enfant :
Adresse : _____, _____ No Rue	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
_____ Ville Code postal	Âge : _____
Date de naissance : _____ Jour Mois Année	Numéro d'assurance maladie : _____

RENSEIGNEMENTS – PÈRE, MÈRE OU TUTEUR

<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur légal	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur légal
Nom, prénom : _____	Nom, prénom : _____
Adresse : _____, _____ No Rue	Adresse : _____, _____ No Rue
_____ Ville Code postal	_____ Ville Code postal
Téléphone résidentiel : _____	Téléphone résidentiel : _____
Téléphone au travail : _____	Téléphone au travail : _____
Cellulaire : _____	Cellulaire : _____
Courriel : _____	Courriel : _____

AUTORISATION À PARTAGER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS – SCOLAIRES

Identification des renseignements pouvant être communiqués :

- Plan d'intervention adapté
- Renseignements sur les besoins d'encadrement de votre enfant
- Renseignements concernant sa routine
- Renseignements sur son comportement social lorsqu'il est en groupe lors d'activités

Nom de l'école : _____

AUTORISATION

En considération de ce qui précède, j'autorise le ou les professionnels ou intervenants du service des ressources éducatives de la Commission scolaire à communiquer les renseignements nécessaires dans le but de favoriser l'intégration de mon enfant au sein du camp de jour 2019.

Ce consentement couvre la période qui débute à la date de la signature et se termine le 31 août 2019.

Signature du parent

Date

Le formulaire dûment rempli doit être acheminé au Service
de la qualité de vie | Loisirs et culture de la Ville de
L'Assomption au plus tard **le vendredi 15 février 2019** à
l'attention de Catherine Le Beau
375, rue Saint-Pierre à L'Assomption, J5W 2B6
clebeau@ville.lassomption.qc.ca
ou par télécopieur au 450 589-9213