



Prénom et nom de l'élève :

_Date de naissance : _

Nom du parent :

_Téléphone d'urgence : _

Courriel du parent: _____ Une autre personne contact en cas d'urgence:

Numéro de téléphone:

Adresse de l'élève :

Courriel de l'élève:

Informations médicales

L'élève souffre-t-il d'allergie ? Si oui, veuillez préciser en dessous svp.

- Oui
- Non

L'élève souffre-t-il d'allergie alimentaire ? Si oui, veuillez préciser en dessous svp.

- Oui
- Non

L'élève prend-il des médicaments ? Si oui, veuillez préciser en dessous svp.

- Oui
- Non

Autres restrictions alimentaires ou médicales :

—

—

Pourquoi aimerais-tu participer au camp Créateurs z ?:

Consentement pour des photos et vidéos

Conformément à l'article 31 de la *Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée*, nous vous demandons, par la présente, l'autorisation de publier, de diffuser ou de divulguer à des fins promotionnelles, journalistiques ou éducatives des renseignements permettant d'identifier la personne physique de votre enfant ou encore des dessins et autres réalisations que votre enfant aurait produits.

Ces renseignements pourraient faire partie de productions journalistiques, de publications, de brochures ainsi que des sites internet du Conseil ou des écoles (Web ou réseaux sociaux).

- J'accepte
- Je n'accepte pas

Signature du participant:

Signature du parent:

Date:
