



# 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

