|  |  |
| --- | --- |
|  | Inscription **Ateliers Multisport** Sous-groupe Les Potes 2023-2024 |
| **IDENTIFICATION** |
| **Nom et prénom du participant :**     Date de naissance :       (jour/mois/année)Numéro d’assurance maladie :      Diagnostic :      |  |
| **Groupe d’âge :**[ ]  8-12 ans [ ]  13-17 ans |
| **Coordonnées du répondant :**Nom :      Adresse :      Numéro de téléphone :      Courriel :       |
| **INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES** |
| Personne à contacter en cas d’urgence : | Nom :       |
| Téléphone :       |
| Lien avec le participant :       |
| A un/des problèmes médicaux ou une/des allergies | [ ]  Oui. Précisez :      [ ]  Non |
| Procédure d’urgence en lien avec les conditions médicales (quand faire appel aux urgences, traitements, etc) :       |
| Interventions à privilégier en cas de comportements défis (anxiété, agressivité, conflits). Précisez :       |
| A une/des limitations physiques | [ ]  Oui. Précisez :       [ ]  Non |
| Activités sportives appréciées :       |
| **PAIEMENT** |
| **NOTE :** Des informations supplémentaires concernant le mode de paiement vous serons transmises lors de la confirmation de participation. |
| **Merci de faire parvenir ce formulaire complété à :** **services@autismequebec.org** |