|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 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**](mailto:services@autismequebec.org) | | | | |