



Inscription Ateliers Multisport
Sous-groupe Les Potes
Automne-hiver 2024-2025

IDENTIFICATION DU PARTICIPANT

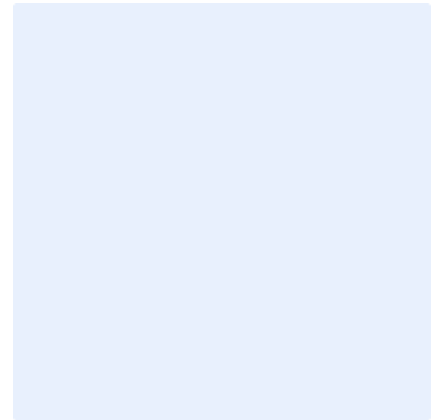
Nom et prénom du participant :

Date de naissance :

Numéro d'assurance maladie :

Diagnostic :

Photo du participant



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 problème.s médical/aux ou
une/des allergie.s

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 limitation.s
physiques

Oui. Précisez :

Non

Je confirme que le participant est en mesure de participer dans un groupe de 15, encadré de 3 animateurs

PAIEMENT

NOTE : Des informations supplémentaires concernant le mode de paiement vous seront transmises lors de la confirmation de participation.

Merci de faire parvenir ce formulaire rempli à l'adresse suivante : services@autismequebec.org