



PASSEURS DE RÊVES IDENTIFICATION DU PARTICIPANT

IDENTIFICATION

Participant

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Assurance maladie : _____

Tél. cellulaire : _____

Courriel perso : _____

Parent ou tuteur

NOM : _____

Prénom : _____

Lien de parenté : _____

Tél. (maison) : _____

Tél. (travail) : _____

Tél. cellulaire : _____

FICHE DE SANTÉ ET PROCÉDURES EN CAS D'URGENCE

Si le participant souffre d'une condition physique ou d'un handicap pouvant affecter ses activités, veuillez l'indiquer ci-dessous et expliquer en quoi cela restreint ses occupations.

Asthme Oui Non

Diabète Oui Non

Allergies Oui Non Préciser : _____

Autres Oui Non Préciser : _____

Le participant prend-il des médicaments ? Oui Non

Si oui, en indiquer clairement le nom et la posologie : _____

EN CAS D'ACCIDENT, le mentor tentera de communiquer avec l'une des deux personnes ci-dessous. **EN CAS DE BLESSURE MINEURE**, des premiers soins pourraient être administrés. **EN CAS D'ACCIDENT MAJEUR**, les services d'urgence seront contactés, aux frais des parents si nécessaire. **LE PARTICIPANT DEVRAIT AVOIR SUR LUI SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE, EN TOUT TEMPS.**

Personne 1 : _____

Lien de parenté : _____

Cellulaire : _____

Tél. (travail) : _____

Tél. (maison) : _____

Personne 2 : _____

Lien de parenté : _____

Cellulaire : _____

Tél. (travail) : _____

Tél. (maison) : _____

Nom de l'élève : _____

DISPONIBILITÉS DES PARTICIPANTS

DISPONIBILITÉS

JOUR			HEURES	PRÉCISIONS ET EXCEPTIONS
Lundi	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	À partir de : _____ h _____ Chaque semaine : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____ _____
Mardi	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	À partir de : _____ h _____ Chaque semaine : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____ _____
Mercredi	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	À partir de : _____ h _____ Chaque semaine : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____ _____
Jeudi	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	À partir de : _____ h _____ Chaque semaine : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____ _____
Vendredi	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	À partir de : _____ h _____ Chaque semaine : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____ _____
Fins de semaine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	À partir de : _____ h _____ Chaque semaine : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____ _____