



Autorisation parentale Ado'Zone



NOM DU JEUNE : _____ PRÉNOM DU JEUNE : _____

Tél. mobile du jeune : _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____

Jour Mois Année

JE SOUSSIGNÉ(E) :

PARENT OU TUTEUR

Nom : _____ Père : Mère : Tuteur

Prénom : _____ Courriel : _____

Adresse : N° _____ rue : _____ Appartement : _____

Ville : _____ Province : _____

Tél. travail : _____ poste _____ Tél. domicile : _____

Tél. mobile : _____ Tél. urgence : _____

- autorise le jeune, jusqu'à l'âge de 18 ans ou l'avis contraire de la part du soussigné (e), à participer aux activités et aux sorties organisées par l'Ado'zone et la Ville à le transporter au moyen d'un véhicule municipal. La surveillance de l'Ado'zone est assurée par des animateurs et au moins un adulte qualifiés;
- autorise le jeune à être photographié, filmé et autorise la diffusion des images aux moyens des outils de communication de la Ville dans le cadre des communications de l'Ado'Zone et dans le but de faire la promotion des activités de l'Ado'Zone;
- autorise les animateurs à prendre les mesures nécessaires en cas d'accident grave ou d'urgence;
- comprend que les animateurs se dégagent de toute responsabilité en cas d'absence du jeune;
- accepte que les employés dûment autorisés de l'Ado'Zone aient accès à ce document une fois complété.

Signature du parent/tuteur

Date

INFORMATIONS MÉDICALES

Allergies : Médicamenteuses : oui non / Alimentaires : oui non / Asthme : oui non

Autres : oui non Précisez : _____

N° d'assurance maladie _____ Date expiration _____ / _____

Le jeune doit-il avoir un Epipen sur lui en tout temps : oui non année mois

Autres médicaments : _____

Conduite à tenir en cas d'allergie :

Votre jeune as-t-il des besoins particuliers liés à une évaluation médicale ou qui nécessitent une attention particulière ? (par ex. : trouble de l'opposition, TDA/TDAH, anxiété, diabète, mobilité, etc.) oui non

Si oui, lequel(s) : _____