

Parent responsable

Prénom : _____ Nom : _____

Prénom : _____ Nom : _____

Date de naissance (JJ / MM / AA) : _____ Sexe : _____

Niveau : _____ Groupe : _____ École fréquentée : _____

1 Je ne mange pas ou j'ai une intolérance à :

- | | | | |
|----------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Viande (végétarien) | <input type="checkbox"/> Porc | <input type="checkbox"/> Veau | <input type="checkbox"/> Poisson et fruits de mer |
| <input type="checkbox"/> Bœuf | <input type="checkbox"/> Poulet | <input type="checkbox"/> Pâte | <input type="checkbox"/> Produits laitiers |

Autre :

Prénom : _____ Nom : _____

Date de naissance (JJ / MM / AA) : _____ Sexe : _____

Niveau : _____ Groupe : _____ École fréquentée : _____

2 Je ne mange pas ou j'ai une intolérance à :

- | | | | |
|----------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Viande (végétarien) | <input type="checkbox"/> Porc | <input type="checkbox"/> Veau | <input type="checkbox"/> Poisson et fruits de mer |
| <input type="checkbox"/> Bœuf | <input type="checkbox"/> Poulet | <input type="checkbox"/> Pâte | <input type="checkbox"/> Produits laitiers |

Autre :

Prénom : _____ Nom : _____

Date de naissance (JJ / MM / AA) : _____ Sexe : _____

Niveau : _____ Groupe : _____ École fréquentée : _____

3 Je ne mange pas ou j'ai une intolérance à :

- | | | | |
|----------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Viande (végétarien) | <input type="checkbox"/> Porc | <input type="checkbox"/> Veau | <input type="checkbox"/> Poisson et fruits de mer |
| <input type="checkbox"/> Bœuf | <input type="checkbox"/> Poulet | <input type="checkbox"/> Pâte | <input type="checkbox"/> Produits laitiers |

Autre :

Prénom : _____ Nom : _____

Date de naissance (JJ / MM / AA) : _____ Sexe : _____

Niveau : _____ Groupe : _____ École fréquentée : _____

4 Je ne mange pas ou j'ai une intolérance à :

- | | | | |
|----------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Viande (végétarien) | <input type="checkbox"/> Porc | <input type="checkbox"/> Veau | <input type="checkbox"/> Poisson et fruits de mer |
| <input type="checkbox"/> Bœuf | <input type="checkbox"/> Poulet | <input type="checkbox"/> Pâte | <input type="checkbox"/> Produits laitiers |

Autre : _____

Prénom : _____ Nom : _____

Date de naissance (JJ / MM / AA) : _____ Sexe : _____

Niveau : _____ Groupe : _____ École fréquentée : _____

5 Je ne mange pas ou j'ai une intolérance à :

- | | | | |
|----------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Viande (végétarien) | <input type="checkbox"/> Porc | <input type="checkbox"/> Veau | <input type="checkbox"/> Poisson et fruits de mer |
| <input type="checkbox"/> Bœuf | <input type="checkbox"/> Poulet | <input type="checkbox"/> Pâte | <input type="checkbox"/> Produits laitiers |

Autre : _____

Autorisation parentale

- ✓ J'autorise l'école à transmettre au Patro Le Prevost la fiche santé de mon enfant (allergies, maladies et urgences) : **Oui** **Non**
- ✓ Mon enfant peut être filmé, photographié ou questionné pour faire la promotion des services et activités du Patro : **Oui** **Non**

Signature

Date