**FICHE D’INSCRIPTION**

# 1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L’ENFANT

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom de l'enfant : |  | Genre : | M 🞎 F 🞎 |
| Prénom : |  | Âge : |  |
| Adresse : |  | Date de naissance : |  |
|  | No d’assurance-maladie (enfant) : |  |
| Code postal : |  |
| Téléphone: |  | Date d’expiration : |  |
| Nom de la mère |  | Nom du père |  |

**BILAN DE SANTÉ ET ÉVALUATION**

**Veuillez prendre note que toutes les informations concernant l’état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement à son accompagnateur et au personnel concerné afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu’une intervention plus efficace en cas d’urgence.**

# 1. TYPES DE HANDICAP

**Types d’handicap et niveau de sévérité : 1. Léger 2. Modéré 3. Sévère**

Auditif Aucun ❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑

Autisme Aucun ❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑

Déficit d’attention ou hyperactivité Aucun ❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑

Intellectuel Aucun ❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑

Physique Aucun ❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑

Problème de santé mentale Aucun ❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑

Trouble envahissant du développement Aucun ❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑

Trouble du langage et de la parole Aucun ❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑

Visuel Aucun ❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑

**Hypersensibilité :**

Auditive ❑ Visuelle ❑ Tactile ❑ Autres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# 2. COMMUNICATION

|  |  |
| --- | --- |
| **Communication (langage utilisé)** | **Compréhension** |
| 🞏 Verbale   * Français * Anglais   🞏 Non verbale  🞏 Gestuelle  🞏 Avec appareil de communication  (tableau PECS ou autres)  Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | L’enfant se fait comprendre :  🞏 Facilement  🞏 Difficilement  L’enfant comprend les consignes :  🞏 Facilement  🞏 Difficilement  Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

# 3. ALIMENTATION ET SOINS PERSONNELS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alimentation** | | **Soins personnels** |
| L’enfant a besoin d’aide pour : | | L’enfant a besoin d’aide pour : |
| Manger  Boire  Diète spéciale | 🞏 Oui 🞏 Non  🞏 Oui 🞏 Non  🞏 Oui 🞏 Non | 🞏 Ses soins personnels  🞏 Aller à la toilette  🞏 Nécessite de l’équipement  🞏 S’habiller |
| Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

# 4. MÉDICAMENTS

|  |  |
| --- | --- |
| Votre enfant prend-il des médicaments? | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Si oui, noms des médicaments : | Posologie : |
| Les prend-il lui-même? Oui 🞎 Non 🞎 | Préciser : |

# 5. ALLERGIES

|  |
| --- |
| Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en raison d’allergies?  Oui 🞎 Non 🞎  Allergies : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE**  Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le Camp de jour de la Ville de Pincourt à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline à mon enfant.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Signature du parent |

# 6. DÉPLACEMENT

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Déplacement** | | **Capacité à se déplacer seul** | |
| L’enfant se déplace : | | Est-ce que l’enfant peut? | |
| Seul  Avec aide  Avec marchette  En fauteuil roulant | 🞏 Oui 🞏 Non  🞏 Oui 🞏 Non  🞏 Oui 🞏 Non  🞏 Oui 🞏 Non | Monter ou descendre un escalier  Marcher dans le sable  Marcher dans un boisé  Se déplacer sur un terrain accidenté | 🞏 Oui 🞏 Non  🞏 Oui 🞏 Non  🞏 Oui 🞏 Non  🞏 Oui 🞏 Non |
| Autres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Autres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **Capacité d’utiliser le transport ordinaire lors des sorties à l’extérieur du site :**  🞏 Oui 🞏 Non  **Si oui**, précisez si des équipements spéciaux sont nécessaires ainsi que l’accompagnement requis :  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Si non**, précisez si votre enfant sera présent aux sorties et qui assurera le transport (ex. : parents…) :  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  IMPORTANT : Veuillez noter que la Ville de Pincourt n’offre aucun transport adapté. Il est de la responsabilité du parent d’organiser le transport adapté de son enfant. | | | |

# 7. AUTRES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

|  |  |
| --- | --- |
| Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale, une blessure grave ou toutes autres conditions susceptibles d’avoir un impact sur sa participation au camp d’été. | Oui 🞎 Non 🞎 |
| **Si oui :**  Date :  Explication : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

# 8. AUTORISATION DES PARENTS

* Si des modifications concernant l’état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du camp de jour, je m’engage à transmettre cette information à la direction du camp de jour, qui fera le suivi approprié avec l’animateur de mon enfant.
* En signant la présente, j’autorise le Camp de jour de la Ville de Pincourt à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Camp de jour de la Ville de Pincourt le juge nécessaire, je l’autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom et prénom du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du parent ou tuteur Date

# 9. ATTESTATION ET ENGAGEMENT

* J’ai pris connaissance de la politique de soutien à l’intégration des enfants vivants avec une déficience intellectuelle ou physique au programme de camp de jour et je m’engage à en respecter les dispositions
* J’atteste que les renseignements fournis sont complets et véridiques et qu’une fausse déclaration peut entraîner le rejet de la candidature.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du parent ou tuteur Date

Autorisation de communiquer   
des renseignements contenus au dossier

1. **Nom et prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
3. **Numéro d’assurance-maladie : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
4. **Nom et prénom de la mère : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
5. **Nom et prénom du père : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
6. **Nom et prénom du tuteur s’il y a lieu : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En ma qualité de : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(lien avec l’enfant)

Autorise les institutions suivantes (la Ville de Pincourt, le SRSOR., Zone loisir Montérégie, l’intervenant scolaire et le CSSS Vaudreuil-Soulanges et autres organismes) à présenter aux responsables des institutions mentionnées ci-dessus les renseignements (fiche d’inscription et bilan de santé) pour la participation de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pour le programme d’accompagnement des enfants vivant avec une déficience intellectuelle et/ou physique de la Ville de Pincourt.

Ces fiches seront remises également à l’équipe d’accompagnateurs du programme d’accompagnement des enfants handicapés.

J’autorise la Ville de Pincourt à transmettre aux organismes ou aux institutions mentionnées ci-dessus les documents bilans hebdomadaires et le bilan de fin d’été.

Cette autorisation est valable pour la période estivale en cours.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signataire : personne autorisée (mère, père, tuteur, curateur) Date

**RECOMMANDATION DU PROFESSIONNEL RÉFÉRENT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Y a-t-il un protocole d’intervention prévu pour l’enfant ?  (***Le protocole doit être fourni si l’enfant est accepté au camp de jour.)*** | | 🞏 Oui 🞏 Non |
| Si oui, dans quelle situation ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **Problèmes de santé particuliers** | | **Troubles de comportement** |
| L’enfant présente des problèmes de santé nécessitant une intervention particulière de l’accompagnateur.  Si oui, nature des problèmes : | | L’enfant a des troubles de comportement.  Si oui, des troubles : |
| Incontinence  Épilepsie  Allergie sévère  Laquelle : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Problème respiratoire  Problème cardiaque | 🞏 Oui 🞏 Non  🞏 Oui 🞏 Non  🞏 Oui 🞏 Non  🞏 Oui 🞏 Non  🞏 Oui 🞏 Non | 🞏 Agressivité envers lui-même  🞏 Agressivité envers les autres  🞏 Opposition occasionnelle  🞏 Opposition régulière  🞏 Problème de fugue  🞏 Impulsivité  🞏 Hyperactivité |
| Autres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Autres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

| Ratio recommandé : | | 🞏 1/1 🞏 1/2 🞏 1/2 🞏 1/3 🞏 1/4 |
| --- | --- | --- |
| Autre ratio : critères à respecter pour le choix de l’accompagnateur du programme d’accompagnement des enfants handicapées- (ni nécessaire) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **Groupe d’âge recommandé :** | 🞏 5-6 ans 🞏 7-9 ans 🞏 10-13 ans | |

**Antécédent d’intégration** (indiquez les occasions d’intégration passées – Ex. : CPE, camps de jour) :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Intégration en milieu scolaire** (accompagnement en classe, à la garderie scolaire, au dîner, classe spéciale, ratio, équipements spéciaux) :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Activités aquatiques** (peur, autonomie, flotteurs spécialisés, surveillance ou aide requise) :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Autres renseignements pertinents**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ATTESTATION DU PROFESSIONEL

* J’atteste que les renseignements fournis sont complets et véridiques et qu’une fausse déclaration peut entraîner le rejet de la candidature.
* J’atteste que l’enfant a le potentiel d’intégration au camp de jour et que celui-ci sera bénéfique pour son développement.

Nom et prénom de l’intervenant: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Organisme: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coordonnées: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature de l’intervenant Date