



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

AQUAFORME

Le samedi de 9 h 30 à 10 h 30, du 6 juillet au 17 août 2019

VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE EN LETTRES MOULÉES

Nom de famille	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Sexe
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Prénom	Téléphone	
Adresse	Courriel	
Ville	Code postal	

FICHE SANTÉ

N° assurance maladie	Date d'expiration AAAA/MM

EN CAS D'URGENCE	
Personnes à rejoindre en cas d'URGENCE	
Prénom et nom :	Prénom et nom :
Téléphone (jour) :	Téléphone (jour) :
Téléphone (autre) :	Téléphone (autre) :
Lien avec vous :	Lien avec vous :

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX, MÉDICAMENTS, ALLERGIES ET AUTRES		
Médicaments	Allergies	Souffrez-vous des conditions suivantes ?
Prenez-vous des médicaments? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Fièvre des foies Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Asthme Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Animaux Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Diabète Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Nom des médicaments :	Piqûres d'insectes Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Épilepsie Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Pansements adhésifs Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Neurologique Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Posologie :	Médicaments Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Cardiaque Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Alimentaires Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Autres Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Préciser :	Préciser :	Préciser :

Avez-vous à votre disposition une dose d'adrénaline? Épi-Pen Allerject
Date d'expiration : _____ Dosage : 0.3mg 0.15mg Autre _____

Signature : _____

Date : _____ 2019