



## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

# ZUMBA

Les mercredis, du 4 septembre au 6 novembre 2019

VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE EN LETTRES MOULÉES

<b>Nom de famille</b>		<b>Date de naissance (JJ/MM/AAAA)</b>	<b>Sexe</b>
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<b>Prénom</b>		<b>Téléphone</b>	
<b>Adresse</b>		<b>Courriel</b>	
<b>Ville</b>	<b>Code postal</b>	<b>PAIEMENT : 55 \$ résident / 85 \$ non-résident</b>	
		_____ \$ <input type="checkbox"/> comptant <input type="checkbox"/> chèque <input type="checkbox"/> débit	

### FICHE SANTÉ

<b>No assurance maladie</b>	<b>Date d'expiration AAAA/MM</b>

#### 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 : \_\_\_\_\_ 201\_\_