



## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

# AQUAFORME

Le samedi de 10 h 30 à 11 h 30, du 27 juin au 15 août 2020

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>	

## FICHE SANTÉ

<b>N° assurance maladie</b>	<b>Date d'expiration</b> 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 : \_\_\_\_\_ 2020