



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

NATATION - ÉTÉ 2020

ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES
Remplir un formulaire par enfant

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

Nom de famille	Date de naissance (jour/mois/année)	Sexe
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Prénom	Âge au 29 juin	
Téléphone		
()	Groupe d'âge :	<input type="checkbox"/> 5-6 ans <input type="checkbox"/> 7-8 ans <input type="checkbox"/> 9-10 ans <input type="checkbox"/> 11 ans et +
Adresse		
Ville	Code postal	

RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS OU LES TUTEURS

<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur (nom et prénom)	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur (nom et prénom)
Téléphone résidentiel Téléphone professionnel	Téléphone résidentiel Téléphone professionnel
() ()	() ()
Téléphone cellulaire ou autre	Téléphone cellulaire ou autre
()	()

DERNIER NIVEAU TERMINÉ ET CERTIFIÉ

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pré-scolaire	?
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------	---

SESSION : du 6 au 24 juillet 2020

du 3 au 21 août 2020

INSCRIT(E) AU CAMP DE JOUR : OUI NON



FICHE SANTÉ

Veillez remplir ce formulaire en lettres moulées

RENSEIGNEMENTS DE L'ENFANT			
Nom de famille		Sexe	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Prénom		Date de naissance	jj/mm/aa
Adresse		No. assurance maladie	
Ville - code postal		Date d'expiration	mm/aa
Téléphone		Âge au 1er juillet:	

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX	
Prénom et nom du PÈRE :	Prénom et nom de la MÈRE :
Téléphone (jour) :	Téléphone (jour) :
Téléphone (maison) :	Téléphone (maison) :
Cellulaire :	Cellulaire :
Garde de l'enfant : <input type="checkbox"/> Père & mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Partagée <input type="checkbox"/> Tuteur	

EN CAS D'URGENCE	
Personne à rejoindre en cas d'urgence : <input type="checkbox"/> Père & mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur	
Deux autres personnes à rejoindre en cas d'URGENCE :	
Prénom et nom :	Prénom et nom :
Téléphone (jour) :	Téléphone (jour) :
Téléphone (autre) :	Téléphone (autre) :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX, MÉDICAMENTS, ALLERGIES ET AUTRES		
Médicaments	Allergies	Souffre-t-il des conditions suivantes ?
Votre enfant prend-il des médicaments? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Les prend-il lui-même? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Fièvre des foins 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 :

Est-ce que votre enfant aura à sa disposition une dose d'adrénaline? Épi-Pen Allerject

Date d'expiration : _____ Dosage : 0.3mg 0.15mg Autre _____

Rempli par : _____

Nom en lettres moulées

Signature : _____

Date : _____ 2020