



# FORMULAIRE D'INSCRIPTION

NATATION - ÉTÉ 2021

ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES  
Remplir un formulaire par enfant

## RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

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

## 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)
<b>Téléphone résidentiel</b> <b>Téléphone professionnel</b>	<b>Téléphone résidentiel</b> <b>Téléphone professionnel</b>
(      )                      (      )	(      )                      (      )
<b>Téléphone cellulaire ou autre</b>	<b>Téléphone cellulaire ou autre</b>
(      )	(      )

### DERNIER NIVEAU TERMINÉ ET CERTIFIÉ

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

SESSION :     du 5 au 23 juillet 2021

du 26 juillet au 13 août 2021

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 : \_\_\_\_\_ 2021