



FORMULAIRE D'INSCRIPTION NATATION - ÉTÉ 2022

ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES
Remplir un formulaire par enfant

Nom de famille		Date de naissance (jour/mois/année)	Sexe
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Prénom		Âge au 1^{er} juillet	
Adresse			
Ville	Code postal	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 +	

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE À CONTACTER

Père Mère Tuteur (nom et prénom)

Téléphone principal

Téléphone secondaire

Adresse courriel

DERNIER NIVEAU TERMINÉ ET CERTIFIÉ

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

SESSION : du 4 au 22 juillet 2022 du 25 juillet au 12 août 2022

J'AI UN CARNET DE PROGRESSION : OUI NON

ENFANT 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 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 :

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 : _____ 2022