



FORMULAIRE D'INSCRIPTION – RÉSERVÉ AUX CITOYENS

AQUAFORME (50 \$)

Les samedis de 9 h 30 à 10 h 30
du 28 juin au 16 août 2025 (quand la température le permet)

VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE EN LETTRES MOULÉES

Nom de famille	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Sexe
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Prénom	Téléphone	
Adresse	Courriel	
Ville	Code postal	

FICHE SANTÉ

EN CAS D'URGENCE	
Personne #1 à rejoindre en cas d'URGENCE	Personne #2 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 :

Médicaments	Allergies
Prenez-vous des médicaments? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Fièvre des foins Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Animaux Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Souffrez-vous des conditions suivantes ?	Piqûres d'insectes Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Asthme Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Pansements adhésifs Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Diabète Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Médicaments Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Épilepsie Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Alimentaires Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Neurologique Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Préciser :
Cardiaque Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Autres Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Préciser :	
Avez-vous à votre disposition une dose d'adrénaline ? <input type="checkbox"/> Épi-Pen <input type="checkbox"/> Allerject Dosage : <input type="checkbox"/> 0.3mg <input type="checkbox"/> 0.15mg	

Signature : _____

Date : _____ 2025