



FORMULAIRE D'INSCRIPTION NATATION - ÉTÉ 2025

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 | | | |
| <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur (nom et prénom) | | | |
| | | | |
| Téléphone principal | | Téléphone secondaire | |
| | | | |
| Adresse courriel | | | |
| | | | |

L'ENFANT A-T-IL OBTENU UN CARNET DE PROGRESSION POUR SES COURS ANTÉRIEURS ?

OUI NON N'A JAMAIS PRIS DE COURS

CAMP DE NATATION DE TERRASSE-VAUDREUIL | DERNIER NIVEAU TERMINÉ (si applicable)

| | | |
|----------|---------------|--------|
| débutant | intermédiaire | avancé |
|----------|---------------|--------|

SOCIÉTÉ DE SAUVETAGE | DERNIER NIVEAU TERMINÉ ET CERTIFIÉ (si applicable)

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

1^{ère} SESSION **du 30 juin au 18 juillet**

2^e SESSION **du 21 juillet au 8 août**

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 | N° assurance maladie |
| Ville - code postal | Date d'expiration mm/aa |
| Téléphone | Âge au 1 ^{er} juillet 2025 |

| 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"/> | Fièvre des foies Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Asthme Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Les prend-il lui-même? 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 : _____ 2025