|  |  |
| --- | --- |
| Nom : |  |
| Prénom :  |  |
| Adresse :  |  |
| Date de naissance : |  |
| Numéro de téléphone : |  |
| No. de carte accès : |  |
| No. assurance maladie: |  |
| Date d’expiration assurance maladie : |  |
| Nom et no. de police d'assurance (si activité à l'extérieur du Québec) |  |
| Nom du père : Numéro téléphone : Cellulaire :  |  |
| Nom de la mère : Numéro téléphone : Cellulaire :  |  |
| Nom et téléphone du médecin (au besoin): |  |
| **Personne à contacter en cas d’urgence :** |
| Lien : |  |
| Téléphone au travail:  |  |
| Cellulaire :  |  |
| **Votre enfant a-t-il :** |
| Déjà subi un accident?  |  |
| Été hospitalisé?  |  |
| Subi une opération?  |  |



**État de santé actuel:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| EssoufflementDouleur à la poitrineCauchemarsDiabèteMaux de têteTroubles menstruelsRhumatisme AmygdaliteAutres : | Maux d’oreillesTroubles urinairesTrouble de l’appétitÉpilepsieCauchemarsTrouble de la vueMaladie de la peau | DiarrhéeSomnambulismePerte de conscienceTouxDiabèteIndigestionFatigue inhabituelle |
| Remarques et explications, si nécessaire : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Indiquez le nom et la posologie de tous médicaments à prendre durant le camp : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Les renseignements que vous donnez sont importants afin d’assurer une protection adéquate à toute personne pendant une activité. Il est important de bien remplir ce questionnaire, car il servira de référence, en cas d’urgence.

Signature des parents ou tuteur (trice) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

