|  |  |
| --- | --- |
| 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:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Essoufflement  Douleur à la poitrine  Cauchemars  Diabète  Maux de tête  Troubles menstruels  Rhumatisme  Amygdalite  Autres : | Maux d’oreilles  Troubles urinaires  Trouble de l’appétit  Épilepsie  Cauchemars  Trouble de la vue  Maladie de la peau | Diarrhée  Somnambulisme  Perte de conscience  Toux  Diabète  Indigestion  Fatigue 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 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

