



1 RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

Prénom		Nom de famille		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Date de naissance	
Adresse			Ville			Code Postal	
Numéro de téléphone (résidentiel)		Numéro de téléphone (mobile)		Assurance Maladie		Date d'expiration	

2 INFORMATIONS MÉDICALES

Souffrez-vous d'une maladie ou avez-vous des allergies? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, la ou lesquelles?	
Devez-vous prendre un médicament particulier? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, la ou lesquelles?	
Avez-vous déjà subi une opération? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, la ou lesquelles?	
Si vous avez d'autres problèmes physiques, pathologiques ou autres, veuillez nous l'indiquer :			

3 IDENTIFICATION DU PARENT 1

Prénom		Nom de famille		<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père	
Adresse			Ville		Code Postal
Numéro de téléphone		Adresse courriel		Numéro d'assurance sociale (requis pour RL-24)	

4 IDENTIFICATION DU PARENT 2

Prénom		Nom de famille		<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père	
Adresse			Ville		Code Postal
Numéro de téléphone		Adresse courriel		Numéro d'assurance sociale (requis pour RL-24)	

5 PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (autre que les parents)

Prénom		Nom de famille		Lien de parenté		Numéro de téléphone	
--------	--	----------------	--	-----------------	--	---------------------	--

6 PÉRIODES, TARIFS, ET MÉTHODE DE PAIEMENT

Semaine du 25 au 28 juin		160\$ sem /40\$ J		<input type="checkbox"/>		Semaine du 22 au 26 juillet		160\$ sem /40\$ J		<input type="checkbox"/>		Total payé	
Semaine du 2 au 5 juillet		160\$ sem /40\$ J		<input type="checkbox"/>		Semaine du 29 juillet au 2 août		160\$ sem /40\$ J		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Comptant	
Semaine du 8 au 12 juillet		160\$ sem /40\$ J		<input type="checkbox"/>		Semaine du 5 au 9 août		160\$ sem /40\$ J		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Chèque	
Semaine du 15 au 19 juillet		160\$ sem /40\$ J		<input type="checkbox"/>		Semaine du 12 au 16 août		160\$ sem /40\$ J		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Interac	

7 INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

--	--

8 RÈGLEMENTS DU CLUB

Vous devez informer le moniteur et le superviseur pour tout problème de santé, de blessure, allergie, ou intolérance alimentaire

Je, soussigné(e), déclare que les renseignements fournis ci-haut sont véridiques. Je déclare avoir lu, compris et être en accord avec les conditions énoncées. En signant ce formulaire, j'accepte les risques inhérents à la pratique des activités physiques. En signant ce formulaire, j'accepte que mon enfant participe à des activités extérieures.

_____ NOM, Prénom		_____ Signature (parent tuteur si moins de 18 ans)		_____ Date	
-------------------	--	--	--	------------	--