



# FORMULAIRE D'INSCRIPTION NATATION - ÉTÉ 2025

**ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES**  
Remplir un formulaire par enfant

<b>Nom de famille</b>		<b>Date de naissance (jour/mois/année)</b>	<b>Sexe</b>
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<b>Prénom</b>		<b>Âge au 1<sup>er</sup> juillet</b>	
<b>Adresse</b>			
<b>Ville</b>	<b>Code postal</b>	<b>Groupe d'âge :</b>	
		<input type="checkbox"/> 5-6 ans <input type="checkbox"/> 7-8 ans <input type="checkbox"/> 9-10 ans <input type="checkbox"/> 11 ans et +	
<b>RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE À CONTACTER</b>			
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur (nom et prénom)			
<b>Téléphone principal</b>		<b>Téléphone secondaire</b>	
<b>Adresse courriel</b>			

**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<sup>ère</sup> SESSION**    **du 30 juin au 18 juillet**

**2<sup>e</sup> 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 <sup>er</sup> 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