



Veillez utiliser ce formulaire modèle autant de fois que nécessaire. Enregistrez d'abord le modèle sur votre bureau, entrez les données puis enregistrez et imprimez.

Veillez ensuite signer et envoyer cette fiche inscription - santé et la télécopier au (450) 883 - 0093 ou la digitaliser et l'envoyer par courriel à : infos.etincelle@xplor.net

En jaune : case à remplir au besoin

En vert : cochez avec la souris la case appropriée, clic à gauche

FICHE INSCRIPTION + SANTÉ « CAMP FAMILIAL » 2017

Inscrire ci-haut le nom du groupe

Contrat # : _____

www.cpaetincelle.com

Renseignements généraux Dates de séjour : du _____ au _____

Nom : _____ <i>parent responsable</i>	Aide \$ de Centraide GM: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Quel organisme ou institution ?</i>
Prénom : _____	Transport si requis: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Adresse : _____ <i># Appt. # civique Rue, Avenue, etc.</i>	Revenu <u>familial</u> en 2016 : _____ \$
Ville : _____, Qc.	# total de pers dans la famille : _____ <i>(peut être différent du nombre participant au séjour)</i>
Code Postal : _____ - _____	Âge de ce parent : _____ ans
Adresse courriel : _____ @ _____	No. Téléphone : (____) _____ - _____

Origine ethnique : <i>SVP cocher la case appropriée</i>	<input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Portugaise <input type="checkbox"/> Chinoise <input type="checkbox"/> Arabe <input type="checkbox"/> Autre, spécifier _____	Langue parlée : <i>SVP cocher la case appropriée</i>	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre, spécifier _____
	<input type="checkbox"/> Britannique <input type="checkbox"/> Haïtienne <input type="checkbox"/> Sud asiatique <input type="checkbox"/> Juive _____		<input type="checkbox"/> Anglais _____
	<input type="checkbox"/> Italienne <input type="checkbox"/> Africaine <input type="checkbox"/> Américaine latine, centrale, du Sud _____		<input type="checkbox"/> Espagnol _____

Autres membres de la famille en séjour au Centre :

2e parent: <i>Conjoint - conjointe</i>	Nom _____ Prénom _____	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Âge : _____ ans
1er Enfant	Nom _____ Prénom _____	<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille	Date de naissance des enfants
2ième Enfant	Nom _____ Prénom _____	<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille	_____ / _____ / _____
3ième Enfant	Nom _____ Prénom _____	<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille	_____ / _____ / _____
4ième Enfant	Nom _____ Prénom _____	<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille	_____ / _____ / _____
5ième Enfant	Nom _____ Prénom _____	<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille	_____ / _____ / _____
6ième Enfant	Nom _____ Prénom _____	<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille	_____ / _____ / _____

Un membre de la famille fait-il des **ALLERGIES** ? Alimentaire : Oui Non Piqûre ou autres: Oui Non

Si oui, qui et à quoi? _____

Mineures _____

Sévères _____

ALIMENTATION

Suivez-vous (tous ou un membre de la famille) un régime alimentaire spécial ? Oui Non (végétarien, pas de porc, viande hallal, autres)

Si Oui, spécifiez: _____

AUTRE MALADIE, INSUFFISANCE OU INCAPACITÉ IMPORTANTE dont nous devrions être informés pour l'un ou autre membre de la famille.

Inscrire le prénom et l'information particulière : médication et posologie

AUTORISATION DES PARENTS

En cas d'urgence, je consens à ce que les membres de ma famille reçoivent les premiers soins et soient conduits à l'hôpital pour subir un traitement adéquat.

Signature du parent responsable : _____ X _____



Imprimer et faire signer le parent responsable

Nom des personnes à rejoindre en cas d'urgence (autre que les parents) :

Nom : _____	Tél. rés.: (____) _____	Travail : (____) _____
Lien : _____		
Nom : _____	Tél. rés.: (____) _____	Travail : (____) _____
Lien : _____		