

fiche d’inscription Camp de soccer

du 10 au 14 Aout 2020

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Catégories : U9 à U12 (nés entre 2008 et 2013)

Cout : 200$ pour la semaine

Horaire : de 9h00 à 12h00 Et DE 13h30 À 16h00 (PAS DE SERVICE DE DINER)

À APPORTER : collations et bouteille d’eau

endroit : terrain synthétique

PRÉNom :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOM :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CATÉGORIE : U - \_\_\_\_

ADRESSE :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TÉL :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VILLE :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COURRIEL :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ASSURANCE-MALADIE :\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_ -\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EXP : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

DE QUELLE FAÇON QUITTE-T-IL POUR LE DINER ET À LA FIN DE LA JOURNÉE?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## PERSONNES À CONTACTER EN CAS D’URGENCe :

1. nom\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE : Soir : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Jour : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell. : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. nom\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE : Soir : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Jour : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell. : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. nom\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE : Soir : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Jour : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell. : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# PROFIL MÉDICAL :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Souffre-t-il de… | Oui | Non | Est-il allergique à … | Oui | Non |
| Asthme |  |  | Arachides et noix |  |  |
| Diabète |  |  | Aspirine, pénicilline |  |  |
| Épilepsie |  |  | Herbe à puce |  |  |
| Évanouissement |  |  | Piqûres d’insectes |  |  |
| Problème cardiaque |  |  | Produits laitiers |  |  |
| Problème respiratoire |  |  | Autres (précisez) |  |  |

AUTRES PRÉCISIONS :

Prends-t-il des médicaments sur une base régulière ? Oui ❑ Non ❑

Spécifiez \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Est-il en possession de ses médicaments ? Oui ❑ Non ❑

Sait-il administrer ses médicaments ? Oui ❑ Non ❑

A-t-il eu des blessures sérieuses antérieures ? Oui ❑ Non ❑

Spécifiez \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Porte-t-il des verres de contact ? Oui ❑ Non ❑ Lunettes ❑

# Autres conditions NÉCESSITANT des soins particulierS : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ÊTES-VOUS UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ PRÊT À Administrer LES PREMIERS SOINS?

# Oui ❑ Non ❑ ET VOTRE CONJOINT ? Oui ❑ Non ❑

# 

# traitement d’urgence

1. Par la présente, j’autorise en cas d’accident ou de maladie, en mon absence du lieu de la pratique ou de la partie, la direction de l’équipe à entreprendre les démarches requises pour consulter un professionnel de la santé ou à hospitaliser mon enfant.
2. Je m’engage à défrayer tous les coûts relatifs aux soins de santé non couverts par la Régie de l’AMQ qui pourraient découler des démarches mentionnées plus haut.
3. Je m’engage à aviser la direction de l’équipe de tout changement en ce qui a trait à l’information ci-dessus.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du parent ou tuteur si moins de 18 ans Date