



FICHE D'INSCRIPTION

Année : _____

Paiement : _____

Statut : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Province : _____

Code postal : _____

Téléphone : _____

Cellulaire : _____

Date de naissance : _____

J M A

Âge :

Sexe : F M

No. d'assurance-maladie : _____

Date d'expiration : _____

Diagnostic : _____

Courriel : _____

RESPONSABLE OBLIGATOIRE

AUTRE PERSONNE EN CAS D'URGENCE OBLIGATOIRE

Nom et prénom _____

Nom et prénom _____

Lien avec le membre : _____

Lien avec le membre : _____

Adresse

OUI NON

Même que le membre : _____

Adresse

OUI NON

Même que le membre : _____

Rue : _____

Rue : _____

Ville : _____

Ville : _____

Province : _____

Province : _____

Code postal : _____

Code postal : _____

Téléphone : _____

Téléphone : _____

Cellulaire : _____

Cellulaire : _____

Courriel : _____

Courriel : _____

**VEUILLEZ PRENDRE NOTE QUE LES INFORMATIONS DE L'ORGANISME VOUS SERONT TRANSMISES PAR COURRIEL
ELLES SERONT AUSSI DISPONIBLES SUR NOTRE FACEBOOK ET SITE WEB**

TRANSPORT

- Voyage seul
- Voyage avec un parent/ami
- Taxi Bus
- Transport adapté

MILIEU DE VIE

- Famille naturelle
- Famille d'accueil (RTF)
- Ressource intermédiaire (RI)
- Appartement (seul ou supervisé)

Nom : _____

HABILLEMENT

HOMME

T-shirt / Polo GRANDEUR : _____

Short / Pantalon GRANDEUR : _____

Manteau GRANDEUR : _____

FEMME

T-shirt / Polo GRANDEUR : _____

Short / Pantalon GRANDEUR : _____

Manteau GRANDEUR : _____

MÉDICATION

LE PARTICIPANT PREND-T-IL DES MÉDICAMENTS? **OUI** **NON**

VEUILLEZ DEMANDER À VOTRE PHARMACIEN LA LISTE DE VOS MÉDICAMENTS

OBLIGATOIRE POUR AVOIR ACCÈS AUX ACTIVITÉS, ETC...

Il est obligatoire de nous informer de toute médication ou changement de médication que le membre s'est vu prescrire, qu'elle soit administrée ou non aux activités de l'organisme.

LE PARTICIPANT SOUFFRE-T-IL D'UNE MALADIE CHRONIQUE ? **OUI** **NON**

Si oui, laquelle : _____

LE PARTICIPANT A-T-IL DES ALLERGIES ? **OUI** **NON**

Si oui, laquelle : _____

NOTE SPÉCIALE
CONCERNANT LA
PRISE DE
MÉDICAMENT OU
AUTRE :

ÉPIPEN

OUI **NON**

AUTORISATION

VEUILLEZ ENCERCLER OU INITIALISER SVP

J'autorise les responsables des activités de l'organisme à administrer la médication du membre lors de sa participation aux activités de l'organisme.	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
J'autorise l'organisme et/ou son représentant ainsi que toute personne responsable dans un Centre de santé et de services sociaux à prendre les dispositions nécessaires afin que la personne ci-haut mentionnée reçoive les soins appropriés en cas de maladie et/ou d'accidents. Il est entendu que j'en serai avisé dans les meilleurs délais.	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Le participant possède-t-il la carte d'accompagnement en loisirs ? No. de la carte : _____ Date d'expiration : _____	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Le participant possède-t-il la carte du citoyen de la Ville de Salaberry-de-Valleyfield ? No. de la carte : _____ Date d'expiration : _____	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
J'autorise le membre à retourner à son lieu de résidence (sans aucun avis) si les activités de l'organisme doivent être annulées rapidement. (Exemple : dégât d'eau, panne d'électricité, etc...)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
En participant ou en permettant au membre de participer, l'autorisation est accordée pour que l'image, la voix et les propos du membre puissent être utilisés à la télévision, à la radio, dans un film, un journal, une revue ou toute autre forme non décrite par la présente et ce, à des fins publicitaires ou pour communiquer les objectifs et activités de l'organisme ou pour les campagnes de souscription.	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Signature du membre : _____

Date : _____

Signature du responsable : _____

Date : _____

(Responsable = Parent et/ou titulaire de l'autorité parentale)

Nom : _____

(En lettres moulées)

Lien avec le membre : _____

(En lettres moulées)