

FICHE D'INSCRIPTION

PROGRAMME BRANCHÉ SANTÉ

SESSION

PRINTEMPS _____ AUTOMNE _____ AUTRE _____

Date de référence : _____ Référé par : _____

Raison : _____

ATTENTES DE LA FAMILLE À L'ÉGARD DU PROGRAMME

DÉTAILS DE L'ENFANT RÉFÉRÉ

Nom : _____ Prénom : _____

N° dossier : _____ D.D.N : _____ Âge : _____

DÉTAILS DE L'ENFANT RÉFÉRÉ DÉTAILS DU PARENT ACCOMPAGNATEUR

Mère Père Tuteur

Nom : _____ Prénom : _____

N° dossier : _____ D.D.N : _____ Âge : _____

Adresse complète : _____

N° téléphone : (Maison) : (____) _____ - _____

(Cellulaire) : (____) _____ - _____

(Travail) : (____) _____ - _____

Courriel : _____

ÉTAT DE SANTÉ

Problèmes de santé de l'enfant :

Contre-indication à l'activité physique: Non Oui: _____

Allergies ou restrictions alimentaires: _____

Problèmes de santé du parent :

Contre-indication à l'activité physique: Non Oui: _____

Allergies ou restrictions alimentaires: _____

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Nb de personnes vivants à la maison: _____

Langue(s) parlée(s): Français Anglais Autre(s): _____

Langue(s) parlée(s) à la maison: Français Anglais Autre(s): _____

COMMENTAIRES

Inscription faite par: _____ Date: _____