

# FICHE MÉDICALE

Cours enfants / adolescents

**DIVISION AQUATIQUE**

Nom de l'enfant :	Prénom de l'enfant :
# carte de citoyen de l'enfant :	Téléphone :
Date de naissance:	# Assurance-maladie :
Personne à contacter en cas d'urgence :	Téléphone de la personne à contacter en cas d'urgence :
Lien de la personne avec l'enfant :	

## COURS

Cocher le(s) cours et indiquer le(s) jour(s) et le(s) heure(s).

### COURS DE NATATION

<input type="checkbox"/>	PRÉSCOLAIRE	Jour(s) et heure :
<input type="checkbox"/>	JUNIOR	Jour(s) et heure :
<input type="checkbox"/>	NATATION STYLES DE NAGE	Jour(s) et heure :
<input type="checkbox"/>	NATATION HANDICAPÉS / AUTISTES	Jour(s) et heure :
<input type="checkbox"/>	COURS PRIVÉ OU SEMI-PRIVÉ	Jour(s) et heure :

### COURS DE FORMATION

<input type="checkbox"/>	JEUNE SAUVETEUR	Jour(s) et heure :
<input type="checkbox"/>	ÉTOILE DE BRONZE	Jour(s) et heure :
<input type="checkbox"/>	MÉDAILLE DE BRONZE	Jour(s) et heure :
<input type="checkbox"/>	CROIX DE BRONZE	Jour(s) et heure :
<input type="checkbox"/>	PREMIERS SOINS GÉNÉRAL	
<input type="checkbox"/>	SAUVETEUR NATIONAL	
<input type="checkbox"/>	ASSISTANT-MONITEUR	
<input type="checkbox"/>	MONITEUR EN SÉCURITÉ AQUATIQUE	

### JOURNÉES PÉDAGOGIQUES / CONGÉS SCOLAIRES

<input type="checkbox"/>	EAU JEU	Jour(s) et heure :	
Mon enfant possède l'équivalent du niveau junior 3 : (nage d'endurance de 15 m et maintien durant 20 secondes à la surface en eau profonde).			
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	RENDEZ-VOUS JEUNESSE	Jour(s) et heure :	
<input type="checkbox"/>	GARDIENS AVERTIS	Jour(s) et heure :	
J'autorise mon enfant à quitter les lieux pendant l'heure du dîner.			
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			

Indiquez si l'enfant présente des problèmes de santé.

**NON**

**OUI**

**PRÉCISER :**

Maladie (s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergie (s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problème (s) intellectuel (s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problème (s) physique (s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Médication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Signature du parent:

Date :

 Repentigny  
Sépanouir