

**IDENTIFICATION**

Nom: _____	Langue(s) parlée(s) : _____
Prénom : _____	Culture d'origine : _____
Qui t'accompagne(ent) sur le chantier ? mère <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/>	Citoyen canadien <input type="checkbox"/> Résident permanent <input type="checkbox"/>
Si autre, précisez _____	No d'assurance sociale : _____
Nom de cette ou ces personne(s) : _____	<b>Adresse permanente</b> (si différente de l'adresse actuelle)
_____	Adresse : _____
Date de naissance : (j/m/a) _____ Âge : _____	Ville : _____ Code post. : _____
<b>Adresse actuelle</b>	<b>Nom d'une personne ressource</b>
Adresse : _____	_____
Ville : _____ Code post. : _____	Tél.maison : _____
Tél.maison : _____	<b>Choix des chantiers du parent?</b>
Tél. travail : _____	1 <sup>er</sup> choix : _____
	2 <sup>e</sup> choix : _____
	3 <sup>e</sup> choix : _____

**ET LA SANTÉ, ÇA VA ?**

La connaissance des antécédents médicaux de l'enfant peut s'avérer utile en cours de chantier. Il est donc important de bien compléter la fiche médicale.

No d'assurance maladie : _____	<b>A-t-il déjà souffert de :</b>
Groupe sanguin : _____	Fièvre rhumatismale ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>L'enfant a-t-il...</b>	Syncope, perte de connaissance ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
des problèmes de santé ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Convulsions, épilepsie ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Précise : _____	Diabète ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
une allergie ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Autre ? _____
Laquelle ? _____	_____
reçu un vaccin contre le tétanos ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>Personne à contacter en cas d'urgence :</b>
Date : _____	Lien de parenté : _____
un handicap qui limite tes activités ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Nom : _____
Lequel ? _____	Adresse : _____
à prendre des médicaments ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Ville : _____ Code Post.: _____
Lesquels ? _____	Tél. maison : _____
des restrictions alimentaires ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Tél. travail : _____
Lesquelles ? _____	

**Signature du parent (ou tuteur)**

Je déclare que tous les renseignements fournis sur ce formulaire sont vrais et exacts.

**Nom :** \_\_\_\_\_

**Signature :** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_

À joindre au formulaire d'inscription du parent

**RETOURNER CE FORMULAIRE À :**