LES CAMPS AES
Une division de GVL inc.

FICHE MÉDICALE – CAMP DE JOUR 2011

HEALTH RECORD – 2011 DAY CAMP

Nom / Family name: _____

Prénom / First name: _____

Adresse/ Address:_____

Ville/City: _____ Code Postal Code: _____

No de téléphone/ Telephone No.: _____

Sexe/ Sex: M ❑ F ❑ Âge/ Age: _____ Date de naissance/ Date of birth:_____/_____/___ J/D M/M A/Y

Langue parlée / Language Spoken: _____

No d'assurance maladie/Medical card number: _____ Exp.: _____

Nom, prénom (**mère**) Name, First name (**mother**): _____

No de téléphone / Telephone number: Résidence/ Home: _____ Travail/ Work: _____

Nom, prénom (**père**)/ Name, First Name (**father**): _____

No de téléphone/ Telephone number: Résidence/ Home: _____ Travail/ Work: _____

EN CAS D'URGENCE / IN CASE OF EMERGENCY:

Nom, prénom / Name, First name: _____

No de téléphone/ Telephone number: _____ Lien/ Relationship: _____

VOTRE ENFANT A-T-IL DES PROBLÈMES DE SANTÉ? OUI ❑ NON ❑
DOES YOUR CHILD HAVE ANY HEALTH PROBLEM? YES NO

Si oui, lesquels/If so which ones: _____

Remarques/Comments: _____

Signature: _____ Date:_____

Mon enfant utilisera le service de garde /My child will use the day care services:

Le matin/morning ❑ Le soir/evening ❑ Matin et soir/morning & evening ❑

Mon enfant repartira /My child will leave:

Seul/alone ❑ Avec la mère/with the mother ❑ Avec le père/with the father ❑ Autres/other❑

Nom/Name: _____ Prénom /First Name: _____ Tél. : _____

Natation /Swimming:

Mon enfant sait nager / My child can swim: Oui/yes❑ Non/no❑

À POSTER AVEC LA FICHE D'INSCRIPTION / TO BE MAILED WITH REGISTRATION FORM

Ville de Waterloo