

FICHE DE RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

L'enfant

Nom* : Prénom* :

Sexe* : Féminin Masculin

Date de naissance (AAA/MM/JJ)* : Âge :

École : Année scolaire :

Activité sportive favorite :

Premier responsable familial

Nom* : Prénom* :

Sexe* : Féminin Masculin

Date de naissance (AAA/MM/JJ)* :

Deuxième responsable familial

Nom* : Prénom* :

Sexe* : Féminin Masculin

Date de naissance (AAA/MM/JJ)* :

Coordonnées

Adresse* :

Ville et Province* : Code postal* :

Téléphone (principal)* : Téléphone (secondaire) :

Adresse courriel* :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Handicap

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Déficience physique | <input type="checkbox"/> Troubles du comportement, troubles psychologiques |
| <input type="checkbox"/> Déficience mentale légère | <input type="checkbox"/> Déficience mentale modérée ou sévère |
| <input type="checkbox"/> Handicap lié à une maladie | <input type="checkbox"/> Troubles instrumentaux, troubles de l'apprentissage |
| <input type="checkbox"/> Déficience visuelle | <input type="checkbox"/> Déficience auditive |
| <input type="checkbox"/> Autisme | <input type="checkbox"/> Troubles du langage (dysphasie) |

Autres :

Spécifications si une case est cochée :

.....

.....

.....

Besoins particuliers (s'il y a lieu)

- | | | |
|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> Marchette | <input type="checkbox"/> Manipulation d'objets |
| <input type="checkbox"/> Canne | <input type="checkbox"/> Toilette | <input type="checkbox"/> Alimentation |

Autres :

Spécifications si une case est cochée :

.....

.....

.....

Prise de médicaments* (jour/heure/détails) :

.....

.....

.....

Intervenant 1

(Le plus récent intervenant auprès de votre enfant. Ex : physiothérapeute)

Nous donnez-vous la permission de le contacter? Oui Non

Nom : Prénom :

Établissement :

Adresse courriel :

Téléphone (bureau) : Téléphone (autre) :

Description de l'intervention :

.....
.....
.....

Intervenant 2

Nous donnez-vous la permission de le contacter? Oui Non

Nom : Prénom :

Établissement :

Adresse courriel :

Téléphone (bureau) : Téléphone (autre) :

Description de l'intervention :

.....
.....
.....

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Y a-t-il d'autres choses que nous devrions connaître à propos de votre enfant ?

.....
.....
.....

Y a-t-il une recommandation particulière de la part des parents et/ou des thérapeutes ?

.....
.....
.....

Intérêt particulier pour les services offerts :

.....
.....
.....

Renonciation au droit à l'image :

J'accepte que mon enfant soit pris en photo et filmé pour des fins publicitaires en rapport avec la Fondation du collège Regina Assumpta* ? Oui Non

Vos remarques et suggestions sont les bienvenues :

.....
.....
.....

Je certifie être le parent ou le tuteur légal du mineur nommé ci-dessus, et avoir l'autorité légale pour l'inscrire au Volet Enfants en tête de la Fondation du collège Regina Assumpta.

Nom en lettres moulées

Signature

.....