



### **APTITUDES RELATIVES AU DÉPLACEMENT :**

Capacité d'utiliser le transport public d'une manière autonome? Oui  Non

Connaissance des circuits d'autobus/zones achalandées : \_\_\_\_\_

Aptitudes à se déplacer en toute sécurité sur la rue? Oui  Non

Commentaires : \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE DOSSIER du transport adapté : (s'il y a lieu) \_\_\_\_\_

### **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :**

Numéro d'assurance-santé : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

#### **Problèmes de santé (veuillez préciser) :**

- Problèmes cardiaques :
- Diabète :
- Asthme :
- Problèmes de coagulation :
- Épilepsie : 
  - Déclencheurs : \_\_\_\_\_
  - Procédures : \_\_\_\_\_
- Autres : \_\_\_\_\_
- Allergies : \_\_\_\_\_
  - Injecteurs EpiPen : Oui  Non

### **MÉDICAMENTS :**

**Veillez annexer une liste des médicaments utilisés (pendant et après les heures de participation aux programmes) : MÉDICAMENTS PRESCRITS AU BESOIN (PRN) MÉDICAMENTS VENDUS SANS ORDONNANCE, VITAMINES, ETC.**

*Les médicaments pris pendant les heures de participation aux programmes doivent être énumérés séparément, ci-dessous. Ils doivent être placés dans une boîte à dosette clairement étiquetée. Nous devons être informés par écrit de toute modification liée à la prise de médicaments.*

Médicament : \_\_\_\_\_ Dose : \_\_\_\_\_ Heure d'administration : \_\_\_\_\_

Médicament : \_\_\_\_\_ Dose : \_\_\_\_\_ Heure d'administration : \_\_\_\_\_

Pharmacie : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

# ACTIVITÉS DE LOISIRS - ÉTÉ 2021

## Formulaire d'inscription

### **CONSENTEMENT À LA PUBLICATION DE PHOTOGRAPHIES :**

Je, le soussigné, autorise Intervention Miriam/Fondation Miriam à utiliser des photographies ou des images numériques du participant prises durant les activités à des fins promotionnelles (p. ex. lettre aux donateurs de la Fondation) :

Oui  Non

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

(Veuillez apposer votre signature et préciser votre lien avec le participant [ex. parent, tuteur, gardien, etc.] )

Formulaire rempli par : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

### **INFORMATION SUR LE PAIEMENT :**

Montant : \_\_\_\_\_ \$ Chèque (**à l'ordre du Centre Gold**)  Espèces

À USAGE INTERNE SEULEMENT : Reçu le \_\_\_ / \_\_\_ Paiement \_\_\_\_\_

# ACTIVITÉS DE LOISIRS - ÉTÉ 2021

Formulaire d'inscription

## LISTE DES ACTIVITÉS

**NOM :** \_\_\_\_\_

ACTIVITÉ	DATE	HEURE	PRIX

**TOTAL :** \_\_\_\_\_