

## ACTIVITÉS DE LOISIRS DU CENTRE GOLD HIVER / PRINTEMPS 2019

### Formulaire d'inscription

#### Profil du participant

Activité : \_\_\_\_\_

Nom du participant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_  
                                  jour      mois      année

Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ Yeux : \_\_\_\_\_ Cheveux : \_\_\_\_\_

Langue utilisée : \_\_\_\_\_ Verbal :  Non-verbal :

Recevant des services du : Centre Miriam  CROM  Autres  (préciser svp) \_\_\_\_\_

Nom de l'éducateur / du travailleur social : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Type de résidence : Maison ou appartement privé  R.C.  R.I.  R.T.F.

Adresse permanente : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone principal : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone secondaire: \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Personne à contacter en cas d'urgence : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

2e personne à contacter en cas d'urgence : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Diagnostic : \_\_\_\_\_

**IMPORTANT** : Veuillez fournir toute information pertinente à nos animateurs à propos du participant/vous-même : trait de caractère, comportement, condition physique, émotionnelle, mental et intellectuelle, goûts et dégoûts, etc. S'il vous plaît, joindre un plan de comportement, le cas échéant.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Capacités de transport : Peut-il utiliser le transport public tout seul ? Oui  Non

Itinéraires d'autobus familiaux / zones fréquentées :

Notions de sécurité ? Oui  Non  Commentaires : \_\_\_\_\_

Numéro de transport adapté (le cas échéant) \_\_\_\_\_

**IMPORTANT :**  
**VEUILLEZ APOSER**  
**UNE PHOTO**  
**RÉCENTE**  
**POUR**  
**IDENTIFICATION**

## ACTIVITÉS DE LOISIRS – HIVER/PRINTEMPS 2019

### Information médicale :

Numéro de carte d'assurance-maladie : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

### Problèmes de santé (préciser) :

- Problèmes cardiaques
  - Asthme
  - Diabète
  - Problèmes de coagulation
  - Allergies  \_\_\_\_\_ Epi-Pen: Oui  Non:
  - Épilepsie  Déclencheur (s) : \_\_\_\_\_
- Procédures : \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

### **JOINDRE UNE LISTE DE TOUS LES MÉDICAMENTS : AVEC ET SANS ORDONNANCE, VITAMINES, ETC.**

La médication prise pendant les heures du programme doit être inscrite séparément, ci-dessous et acheminée dans une boîte Dossett. Nous devons être avisés de tout changement de médicament par écrit.

Médicament : \_\_\_\_\_ Dosage : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Médicament : \_\_\_\_\_ Dosage : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Pharmacie : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

### **Consentement pour la prise de photos**

Je, soussigné, autorise le centre Gold / la fondation Miriam à utiliser les photos et les images numériques du participant prises au cours des activités à des fins de promotion telles que les lettres aux donateurs de la fondation. Oui  Non

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

(Veuillez signer et indiquer le lien de parenté avec le participant – parent, tuteur, représentant, etc.)

Formulaire complété par : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

### **Information sur le paiement**

Montant du paiement : \_\_\_\_\_ \$

Chèque (payable au Centre Gold)

Comptant

RÉSERVÉ À L'USAGE DU BUREAU : Reçu \_\_\_\_/\_\_\_\_ Paiement \_\_\_\_\_