

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ / HEALTH QUESTIONNAIRE

INFORMATION PERSONNELLE / PERSONAL INFORMATION

Nom / Name :		Prénom / First Name :		
Adresse / Address :		# Téléphone / Telephone #		
		Maison / Home :		
		Autre / Other :		
		Autre / Other :		
Date de Naissance / Birthdate AAAA-YYYY / MM-MM / JJ-DD	Âge / Age:	Sexe / Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Numéro de carte loisirs / Carte loisirs number	Expiration

EN CAS D'URGENCE / IN CASE OF EMERGENCY

Nom du parent ou gardien / Name of parent or guardian		Nom du parent ou gardien / Name of parent or guardian	
# Téléphone / Telephone #		# Téléphone / Telephone #	
Maison / Home :		Maison / Home	
Autre / Other :		Autre / Other :	
Personne à contacter en cas d'urgence / Person whom to join in case of emergency			
Nom / Name		Téléphone / Telephone #	
1.			
Nom / Name		Téléphone / Telephone #	
2.			

INFORMATION MÉDICALE / MEDICAL INFORMATION

Numéro de Carte Assurance-Maladie / Medical Card number	Expiration :	Poids/ Weight	Hauteur / Height
Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert d'un ou plusieurs des problèmes de santé suivants? Cochez les cases qui vous concernent. Do you suffer or did you ever suffer from one of these medical problems? Check the ones that concern you.			
<u>Cardiovasculaire / Cardiovascular</u> <input type="checkbox"/> Angine/ Angina <input type="checkbox"/> Infarctus / Heart Attack <input type="checkbox"/> Stimulateur cardiaque / Pacemaker <input type="checkbox"/> Pression sanguine / Blood pressure (↑ ou/or ↓) <input type="checkbox"/> Migraine <input type="checkbox"/> Hémophilie / Haemophilia <input type="checkbox"/> AVC / Stroke	<u>Endocrinien / Endocrine system</u> <input type="checkbox"/> Diabète / Diabetes <u>Respiration / Respiratory</u> <input type="checkbox"/> Asthme / Asthma <input type="checkbox"/> Emphysème / Emphysema	<u>Immunologie / Immunology</u> <input type="checkbox"/> Allergie (spécifier) / Allergy (Specify) _____ <input type="checkbox"/> Epipen <u>Système Nerveux / Nervous System</u> <input type="checkbox"/> Épilepsie / Epilepsy	

Je suis conscient des termes et conditions et du type d'activité dans laquelle j'inscris mon enfant, et j'autorise le personnel des piscines à agir en mon nom en cas d'urgence	I am aware of the terms and conditions and the type of activity in which I have registered my child, and I authorize the pool personnel to act on my behalf in case of emergency.
Signature :	Date (A-Y/M-M/J-D)