



## Formulaire d'inscription Camp 911

SSIRMRCB

Le camp se déroulera du 10 au 15 juillet 2017

Photo

### Identification du candidat (e):

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_ Cell. : \_\_\_\_\_

No d'assurance-maladie du Québec : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

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

### Responsable du candidat (e) :

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_ Travail ou cell : \_\_\_\_\_

### Contact d'urgence :

1- Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Travail ou cell : \_\_\_\_\_

### Renseignements médicaux :

Avez-vous une allergie requérant une attention particulière ?  Oui  Non

Si oui, précisez \_\_\_\_\_

Traitement : \_\_\_\_\_

Prenez-vous des médicaments de façon régulière ?  Oui  Non

Si oui, précisez \_\_\_\_\_

Portez-vous des :

Lentilles cornéennes  Lunettes  Appareils dentaires  Bracelet Médic-Alert

### Autorisation

J'autorise le SSIRMRCB à utiliser toute image prise lors de la période d'activité afin de procéder à toute forme de promotion du Camp 911.

\_\_\_\_\_  
Signature parent ou du responsable

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du candidat (e)

\_\_\_\_\_  
Date

Veuillez retourner le formulaire dûment complété, avant le 30 juin 2017 au :

**SSIRMRCB**

174-1, St-Antoine, Ste-Sophie de Lévrard, Québec, G0X 3C0 (819) 288-5694

Ou par courriel : [g.lemieux@mrcbecancour.qc.ca](mailto:g.lemieux@mrcbecancour.qc.ca)