



INFORMATION IMPORTANTE 2010 ~ 2011 IMPORTANT INFORMATION

NOM DE L'ENFANT/CHILD'S LAST NAME	PRÉNOM/FIRST NAME	DATE DE NAISSANCE BIRTHDATE	AGE
-----------------------------------	-------------------	--------------------------------	-----

NOM DE LA MÈRE/MOTHER'S MAIDEN NAME:	PRÉNOM DE LA MÈRE/MOTHER'S NAME:		
NOM DU PÈRE/FATHER'S SURNAME:	PRÉNOM DU PÈRE/FATHER'S NAME:		
ADRESSE/ADDRESS			
TEL. (MAISON/HOME)	(TRAVAIL/WORK)	(CELL)	CODE POSTAL

Courriel/Email (obligatoire/mandatory): _____

PERSONNES AVEC QUI COMMUNIQUER EN CAS D'URGENCE / EMERGENCY CONTACTS		
NOM/NAME	#TEL	LIEN AVEC L'ENFANT/RELATIONSHIP TO CHILD
NOM/NAME	#TEL	LIEN AVEC L'ENFANT/RELATIONSHIP TO CHILD

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS / PERSONAL INFORMATION	
# D'ASSURANCE MALADIE MEDICARE NUMBER	DATE D'EXPIRATION/EXPIRY

INFORMATION MÉDICALE / MEDICAL INFORMATION
ALLERGIES:
VOTRE ENFANT DOIT-IL AVOIR EN SA POSSESSION CERTAINS MÉDICAMENTS? DOES YOUR CHILD CARRY ANY TYPE OF MEDICATION?
VOTRE ENFANT A-T-IL DES PROBLÈMES PHYSIQUES OU INTELLECTUELS ? DOES YOUR CHILD HAVE ANY PHYSICAL OR INTELLECTUAL DISABILITIES?

AUTRES RENSEIGNEMENTS PERTINENTS: OTHER PERTINENT INFORMATION:
