

# GAMP LOA

6093 Saumure, Cumberland  
K4B 1T2  
(Tel) 613.835.9715  
(Fax) 613.835.1861

Été 2012

## Formulaire d'Inscription

### INFORMATION

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

âge : \_\_\_\_\_

Sexe : M ( ) F ( )

**Date de naissance**

Jour \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

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

Code Postale : \_\_\_\_\_

Parents :

Mère : \_\_\_\_\_

Père : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_ (maison)

\_\_\_\_\_ (travail)

\_\_\_\_\_ (fax)

\_\_\_\_\_ (cell)

\_\_\_\_\_ (email)

Tel : \_\_\_\_\_ (maison)

\_\_\_\_\_ (travail)

\_\_\_\_\_ (fax)

\_\_\_\_\_ (cell)

\_\_\_\_\_ (email)

### INFORMATION D'URGENCE

Autre personne ressource en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ (maison) \_\_\_\_\_ (travail) \_\_\_\_\_ (cellulaire)

Médecin de famille : \_\_\_\_\_

Téléphone du Médecin : \_\_\_\_\_

Carte Santé: \_\_\_\_\_

**Allergies**

\_\_\_\_\_

Médicaments : \_\_\_\_\_

Autres conditions médicales que nous devons savoir : \_\_\_\_\_

Qui vient chercher l'enfant? \_\_\_\_\_

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

