

# Formulaire d'inscription – Marche vers le futur Bonnyville

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

<i>Renseignements généraux</i>	
Prénom: _____	Nom : _____
Courriel: _____	Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
Téléphone : (____) _____ - _____	Cellulaire : (____) _____ - _____
Adresse : _____ / _____	
Rue - C.P.	Ville <span style="float: right;">Code Postal</span>
Date de naissance : ____ / ____ / ____	Age : _____
Jour / Mois / Année	
<i>Personnes-ressources en cas d'urgence</i>	
Prénom: _____	Nom : _____
Maison: (____) _____ - _____	Lien : _____
Cellulaire : (____) _____ - _____	

## FORMULAIRE MÉDICAL

<i>Renseignements médicaux</i>
Numéro d'assurance maladie (AB Health) : _____
Nom du médecin de famille : _____ Tél. : (____) _____ - _____
Êtes-vous atteints d'une maladie ? <input type="checkbox"/> OUI ( <i>précisez, ci-dessous</i> ) <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Hypertension
<input type="checkbox"/> Autres : _____
Est-ce que vous prenez des médicaments? <input type="checkbox"/> OUI ( <i>précisez, ci-dessous</i> ) <input type="checkbox"/> NON
Spécifiez : _____
Avez-vous des blessures importantes à nous mentionner ? <input type="checkbox"/> OUI ( <i>précisez, ci-dessous</i> ) <input type="checkbox"/> NON
Spécifiez : _____
_____
_____

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

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