

Vous pouvez également remplir ce formulaire en ligne



# Formulaire GYMNASTE: ÉTÉ 2018

[www.GymRep.com](http://www.GymRep.com)

2520 Blv. Des Entreprises, Suite 108, Terrebonne, Qc, Canada, J6X 4J8  
Bureau: 450-662-9901, Fax: 514-666-0862

Courrier électronique: [bonjour@gymrep.com](mailto:bonjour@gymrep.com)

**Veillez remplir clairement de A à W en lettres MOULÉES (recto et verso)**

GYMNASTE		PARENT(S) OU TUTEUR(S)	
Prénom: _____		Nom du père: _____	
Nom: _____		Adresse: _____	
Adresse: _____		Ville: _____ Code postal: _____	
A Ville: _____ Province: _____		B Téléphone: M ( ) _____ T ( ) _____	
Code Postal: _____ Tél: ( ) _____		Nom de la mère: _____	
Âge au camp: _____ Date de naissance _____ / _____ / _____ <small>Année Mois Jour</small>		Adresse: _____	
* Numéro d'assurance maladie: _____		Ville: _____ Code postal: _____	
* C Date d'expiration: _____		Téléphone: M ( ) _____ T ( ) _____	
* D <b>ADRESSE COURRIEL DES PARENTS :</b>			
* D En cas d'urgence (autre que tél. maison): ( )      Nom: _____      Liens: _____			
E <b>Comment as-tu entendu parler de GymRep ?</b>			
J'ai été GymRep en _____			
Par un(e) gymnaste ayant participé à GymRep <input type="checkbox"/> → Important de remplir la section F			
Par un kiosque promotionnel <input type="checkbox"/> Par une brochure <input type="checkbox"/> Par mon entraîneur <input type="checkbox"/> Par mon club <input type="checkbox"/>			
F <b>CASE DÉPISTEURE: (seulement pour les gymnastes qui en sont à leur première participation à GymRep)</b> Inscrivez le nom de la personne qui vous a parlé de GymRep et cette dernière court la chance de gagner un cadeau GymRep d'une valeur de 60\$. Il est important d'inscrire un seul nom: _____			
* G <b>QUELLE EST TA CATÉGORIE OU TON EXPÉRIENCE EN GYMNASTIQUE?</b>			
H <b>QUEL EST LE NOM DE TON CLUB DE GYMNASTIQUE?</b>			
I <b>FICHE MÉDICALE DE VOTRE ENFANT (Question 1 à 11 à remplir par le parent ou le tuteur)</b>			
1- Votre enfant est-il somnambule? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		2- Votre enfant est-il sous médication? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui à la question 2, précisez le nom du et la posologie: _____			
3- Observations sur l'état de santé de votre enfant: <b>Cochez oui en cas de problèmes et précisez. Cochez non dans le cas contraire.</b>			
Coeur <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Poumons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Reins <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Yeux <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreilles <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nez <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Gorge <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Bouche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dents <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dos <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Peau <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Genoux <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si vous avez répondu oui à la question 3, précisez, svp: _____			
4- Votre enfant souffre-t-il d'allergie(s) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, (si non, passez à la question 5)			
Si oui, précisez (type, fréquence, gravité): _____			
Si votre enfant a des allergies sévères, a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
5- Votre enfant souffre-t-il de maladies chroniques ou récurrentes? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si non, passez à la question 6)			
<input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Otite <input type="checkbox"/> Amygdalite <input type="checkbox"/> Autres: _____			
Précisez (fréquence des crises, gravité): _____			
6- Votre enfant a-t-il été vacciné contre la rougeole? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
7- Votre enfant a-t-il été vacciné contre le tétanos? <input type="checkbox"/> Oui, _____ Année <input type="checkbox"/> Non			
8- Autres particularités à nous signaler sur le plan médical (chirurgie, blessure(s) grave(s), etc.): _____			
9- Votre enfant a-t-il des restrictions pour certaines activités: doit-il porter des orthèses, a-t-il des prothèses ou supports particuliers?			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    Si oui, précisez: _____			
10- Particularités à nous signaler sur le caractère ou le comportement de votre enfant (Hyperactivité, ennui, phobie, etc.): _____			Reservé à l'administration # de Dossier
11- Est-ce la première fois que votre enfant participe à un camp de vacances <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

Vous pouvez photocopier ce formulaire

Un formulaire par gymnaste

Complétez les deux côtés S.V.P

Camp