

Information de l'étudiant(e) Student Information		
Nom de famille/Last Name	Prénom/First Name	
Sexe/Gender	N.A.S./S.I.N.	
Date de naissance/Birth Date : Année/Year	Mois/Month	Jour/Day
Est-ce que vous avez une assurance-maladie? Do you have health insurance?		
De quel pays/quelle province? If you do, from which country/province ?		
Nom de la compagnie d'assurance : Name of Health Insurance Company:		
Numéro d'assurance maladie: Health Insurance Policy Number :		
Numéro de téléphone pour la ligne d'assistance : What is the customer service phone number :		
Avez-vous une condition particulière (troubles d'apprentissage, handicap physique ou mental, etc.)? Do you have a specific condition (learning disability, physical or mental disability, etc.)?		
Si vous avez besoin d'accommodations, veuillez préciser/If you need any accommodations, please explain : _____		

Avez-vous des problèmes de santé particuliers (p. ex., asthme, épilepsie, problème cardiaque ? Dans l'affirmative, veuillez dresser une liste complète des exigences particulières et/ou des médicaments, y compris la posologie, la fréquence, les effets secondaires, etc. Tout problème de santé doit être mentionné et documenté par votre médecin, puis remis avec votre paquet d'inscription. Do you have any special medical conditions (e.g., asthma, seizures, heart trouble, etc.)? If yes, please provide a complete list of any special requirements/or medications, including dosage, frequency, secondary effects, etc. All medical conditions must be disclosed and documented by your doctor and remitted along with your registration package.		
Veuillez préciser/Explain : _____		

Avez-vous des allergies ? (p. ex., piqûres d'abeilles, latex, médicaments) Si oui, expliquez et présentez un certificat médical. Avez-vous un EpiPen ? Do you have any allergies (e.g., bee stings, latex, drugs, etc.)? If yes, please explain and include a doctor's certificate. Do you carry an EpiPen?		
Veuillez préciser/Explain : _____		

Suivez-vous un régime particulier pour raisons médicales ? Si oui, expliquez et présentez un certificat médical. Toute personne qui doit suivre un régime particulier pour des raisons autres que des allergies alimentaires graves ou un problème de santé reconnu par un médecin devra payer elle-même le coût pour les suppléments alimentaires. Do you require a special diet for medical reasons? If yes, explain and include a doctor's certificate. All persons requiring special diets due to reasons other than severe food allergies or health conditions that are medically documented must cover the costs of meal supplements personally.		
Veuillez préciser/Explain : _____		

Information de parent ou tuteur : Parent or Guardian Information:	
Nom de famille/Last Name	Prénom/First Name
Le lien avec cette personne/Relationship to this person :	Numéro de téléphone (domicile)/Home phone number :
Numéro de téléphone (travail)/Business Phone :	Numéro de télécopieur/Fax number :
Numéro de cellulaire/Cell Phone :	Autres numéros/Other phone numbers :
AUTRES NUMÉROS DE TÉLÉPHONE EN CAS D'URGENCE : ADDITIONAL PHONE NUMBERS IN CASE OF EMERGENCY:	
Nom de famille/Last Name	Prénom/First Name
Le lien avec cette personne/Relationship to this person :	Numéro de téléphone (domicile)/Home phone number :
Numéro de téléphone (travail)/Business Phone :	Numéro de télécopieur/Fax number :
Numéro de cellulaire/Cell Phone :	Autres numéros/Other phone numbers :
Médecin de famille (en cas d'urgence) : Family Doctor (in case of emergency):	
Nom de famille/Last Name	Prénom/First Name
Numéro de téléphone (travail)/Office Phone :	Numéro de télécopieur/Fax :
Numéro de cellulaire/Cell Phone :	Autres numéros/Other phone numbers :
Adresse du bureau/Office Address :	
AUTHORISATION DES PARENTS OU TUTEUR EN CAS D'HOSPITALISATION : AUTHORIZATION OF PARENTS OR GARDIAN IN CASE OF HOSPITALIZATION:	
En cas d'urgence, si je ne peux être joint, j'autorise le médecin choisi par le Directeur du Programme ou son représentant à hospitaliser mon enfant, à lui assurer les soins adéquats et à prescrire, au besoin, des injections, une anesthésie ou à mener une intervention chirurgicale.	In case of emergency and if I cannot be reached, I authorize the doctor chosen by the Director of the Program or her representative to hospitalize my child, provide the appropriate care, anesthesia, injections or to perform surgery accordingly.
_____ Signature de l'étudiant(e)/Student Signature Date :	_____ Signature du parent ou tuteur/Signature of parent or guardian Date :