

## Association des Aventuriers de Baden-Powell

750, 16<sup>e</sup> Avenue, Bureau 9  
Montréal, QC H1B 3M7  
514 316-9543 ou 1 855 561-4159  
[aabp@videotron.ca](mailto:aabp@videotron.ca)  
[www.aventuriersdebadenpowell.org](http://www.aventuriersdebadenpowell.org)



### Inscription à la formation des formateurs 2014-2015

Je m'inscris au :

**BFC**   
29 & 30 novembre 2014

**M à J**   
7 mars 2015

**BF**   
2 & 3 mai 2015

*Les places sont limitées.*

Nom : \_\_\_\_\_

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

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Unité : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

Je serai présent durant toute la session :    oui     non

À défaut de pouvoir être présent toute la session, indiquez clairement les périodes où vous serez au camp :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Coût de l'activité de formation pour les membres :**

**3,00 \$ par participant par jour**

MERCI D'ÉMETTRE VOS CHÈQUES AU NOM DE  
L'ASSOCIATION DES AVENTURIERS DE BADEN-POWELL.

À l'usage du secrétariat seulement :

Inscription reçu le : \_\_\_\_\_ Somme de : \_\_\_\_\_

Balance de paiement reçu le : \_\_\_\_\_ Somme de : \_\_\_\_\_

# FICHE MÉDICALE

*\*\*\*Doit être remplie par tous les adultes qui se présentent à la session de formation\*\*\**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Nom de l'unité : \_\_\_\_\_

Cours suivis : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

Contacts (2) en cas d'urgence

Téléphone d'urgence : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

Téléphone d'urgence : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

## Est-ce que vous...

OUI

NON

Avez des allergies

Si oui, lesquelles? \_\_\_\_\_

Avez-vous été opéré?

Si oui, pour quoi? \_\_\_\_\_

Prenez-vous des médicaments?

Si oui, lesquels? \_\_\_\_\_

Souffrez-vous de troubles quelconques (asthme, maux de tête, troubles cardiaques...)?

OUI

NON

Commentaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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