

### SWIMMER / NAGEUR

\_\_\_\_\_  
**Family name / Nom**                                      Given name / Prénom                      d/j                      m/m                      y/a                      **Group(e)**

\_\_\_\_\_  
 Medicare card # / Carte Ass. Med.                                      Expiry date / Expiration

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX / MEDICAL HISTORY

	yes/oui	no/non
Immunization is up to date / L'immunisation est à jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergies: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medication / Médicaments: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Self-administered? / Administré soi-même?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other conditions/Autres conditions: _____ (Contact lenses, braces, previous injuries etc....) (verres de contact, broches, blessures antérieures etc....)		
Family doctor: _____ ☎ Médecin de famille: _____		

### COORDONNÉES / CONTACT INFORMATION

#### MÈRE / MOTHER \_\_\_\_\_

☎ / Cell: \_\_\_\_\_ ☎ soir/night: \_\_\_\_\_

Courriel / E-mail : \_\_\_\_\_

#### PÈRE / FATHER \_\_\_\_\_

☎ / Cell: \_\_\_\_\_ ☎ soir/night: \_\_\_\_\_

Courriel / E-mail : \_\_\_\_\_

**Other contact** \_\_\_\_\_  
**Autre contact** \_\_\_\_\_                                      Lien de parenté / Relationship

☎ / Cell: \_\_\_\_\_ ☎ soir/night: \_\_\_\_\_

- In the event of an accident** or injury to my child, a minor, I give permission to the appointed representative of the DDO Swim Club to act on my behalf until such time as I can be reached.
- ADULT SWIMMER: In the event of an accident** or injury and if I am unable to communicate, I give permission to the appointed representative of the DDO Swim Club to act on my behalf until such time as a member of my family can be reached.
- En cas d'accident** ou de blessures à mon enfant d'âge mineur, je donne l'autorisation au représentant mandaté du Club de Natation DDO d'agir en mon nom jusqu'au moment où j'aurai été rejoint.
- NAGEUR ADULTE: En cas d'accident** ou de blessures et si je suis incapable de communiquer, je donne l'autorisation au représentant mandaté du Club de natation de DDO d'agir en mon nom d'ici qu'un membre de ma famille soit contacté.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_  
**Name – Parent (or adult swimmer) / Nom – Parent (ou nageur adulte)**                                      **Signature**                                      **Date**