

***Arkadia***  
**Formulaire d'inscription**

Date d'inscription: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ (jour/mois/année) \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

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

# Assurance maladie: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ (jour/mois/année)

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

# de téléphone à domicile: (    )       -

**En cas d'urgence, veuillez indiquer 2 personnes à rejoindre**

1) Prénom & nom: \_\_\_\_\_

# de téléphone à domicile: (    )       -

# de téléphone au travail: (    )       -

2) Prénom & nom: \_\_\_\_\_

# de téléphone à domicile: (    )       -

# de téléphone au travail: (    )       -

**Si vous avez des problèmes médicaux quelconques (maladies, allergies, etc.) ou si vous avez déjà eu des problèmes médicaux antérieurs ou des opérations médicales quelconques, il est obligatoire de les indiquer ici-bas:**

---

---

---

---

---