



SERENITY STROLLS

PROMENADES EN
TOUTE SÉRÉNITÉ

FORMULAIRE D'INSCRIPTION – PROMENADES DE LA MSN

NOM ET PRÉNOM: _____

DATE DE NAISSANCE: _____ **SEXE:** _____

COURRIEL: _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE: _____

NOM DU CONTACT EN CAS D'URGENCE: _____ **TÉLÉPHONE:** _____

DATE DU PROGRAMME: _____

COMMENT AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DE CE PROGRAMME? (COCHEZ TOUT CE QUI APPLIQUE)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Médias sociaux (Facebook, Instagram ou autre) | <input type="checkbox"/> Radio ou journal |
| <input type="checkbox"/> Famille ou ami(e) | <input type="checkbox"/> Recommandé par un autre organisme (veuillez préciser):
_____ |
| <input type="checkbox"/> Courriel de The Village au Collège Canadore | <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser):
_____ |
| <input type="checkbox"/> La Maison Sérénité du Nipissing | |

QUELS SONT LES AUTRES PROGRAMMES OU ACTIVITÉS QUE VOUS SOUHAITERIEZ NOUS AVOIR FACILITER? (COCHEZ TOUT CE QUI APPLIQUE)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Art-thérapie | <input type="checkbox"/> Méditation |
| <input type="checkbox"/> Musicothérapie | <input type="checkbox"/> Accompagnement spirituel |
| <input type="checkbox"/> Thérapie par les animaux | <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser):
_____ |
| <input type="checkbox"/> Yoga | |

AIMERIEZ-VOUS RECEVOIR DES NOUVELLES DE LA MAISON SÉRÉNITÉ DU NIPISSING PAR COURRIEL ?

OUI

NON

En sélectionnant OUI, vous consentez à recevoir des courriels de marketing de la part de : Maison Sérénité du Nipissing, 799 John St., North Bay, ON, P1B 8T2, <https://nipissingserenityhospice.ca/>. Vous pouvez révoquer votre consentement à recevoir des courriels à tout moment en utilisant le lien SafeUnsubscribe®, qui se trouve au bas de chaque courriel.

[Les courriels sont gérés par Constant Contact](#)

QUESTIONNAIRE DE L'HISTORIQUE DE LA SANTÉ PHYSIQUE GROUPE DES PROMENADES EN TOUTE SÉRÉNITÉ DE LA MSN

Les conditions et les capacités physiques énumérées ci-dessous peuvent nécessiter des modifications afin de garantir que ce service est à la fois sûr et conforme aux indications. Veuillez examiner et compléter les informations suivantes avec autant de précision et de détails que possible.

QUESTIONS À RÉPONSE COURTE

Êtes-vous capable de marcher confortablement 2km (environ 3000 pas) sans interruption ?

Utilisez-vous occasionnellement ou fréquemment des aides à la mobilité (cane, fauteuil roulant, déambulateur) ?

Souffrez-vous d'allergies environnementales potentiellement mortelles (abeilles, plantes, fleurs, insectes) ?

Y a-t-il autre chose que vous souhaiteriez nous communiquer et qui n'est pas précisé sur ce formulaire ?

COCHEZ LES CONDITIONS QUI S'APPLIQUENT ACTUELLEMENT OU ANTÉRIEUREMENT

SANTÉ GLOBALE	ENVIRONNEMENT ET PHYSIQUE
<input type="checkbox"/> problèmes cardiaques (ex. tension artérielle haut ou bas)	<input type="checkbox"/> arthrite ou ostéoporose/ostéopénie
<input type="checkbox"/> varices/phlébites	<input type="checkbox"/> articulation(s), broche(s), fil(s), plaque(s) artificielle(s)
<input type="checkbox"/> caillots sanguins ou thrombose veineuse profonde	<input type="checkbox"/> perte de sensibilité, de vision, ou d'audition
<input type="checkbox"/> affections pulmonaires (ex. essoufflement)	<input type="checkbox"/> troubles digestifs
<input type="checkbox"/> évanouissements/étourdissements/hypoglycémie	<input type="checkbox"/> sensibilités/allergies environnementales
<input type="checkbox"/> convulsions ou épilepsie	<input type="checkbox"/> grande peur des chiens (peut être sans laisse)

SI VOUS AVEZ COCHÉ L'UNE DES CONDITIONS CI-DESSUS, VEUILLEZ UTILISER L'ESPACE CI-DESSOUS POUR DÉCRIRE PLUS EN DÉTAIL (SINON, LAISSEZ EN BLANC) :

La participation aux programmes offerts par la Maison Sérénité du Nipissing peut comporter un risque personnel de dommage ou de blessure et j'accepte d'assumer ce risque et de dégager la Maison Sérénité du Nipissing, ses employés et ses agents de toute réclamation pour dommage ou blessure pouvant résulter de ma participation au programme ou à l'événement, à l'exception des dommages et blessures causés uniquement par la négligence de la Maison Sérénité du Nipissing, de ses employés ou de ses agents.

EN SIGNANT LE FORMULAIRE CI-DESSOUS, JE RECONNAIS AVOIR LU, COMPRIS ET ACCEPTÉ LES CONDITIONS, LA DÉCHARGE ET LA RENONCIATION SUSMENTIONNÉES.

Nom et prénom :

No. de téléphone :

Date (mm/dd/yyyy) :

Signature :