

INFORMATION DU PATINEUR

Nom :	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
Prénom :	
Date de naissance (jour/mois/année) :	
Adresse :	Ville :
Province :	Code postal :
Tél. Résidence :	Tél. Cellulaire :
Courriel du patineur :	

INFORMATION DES PARENTS/TUTEURS

Administrateur du compte : <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> père			
Informations sur la mère		Informations sur le père	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Adresse :		Adresse :	
Ville :	Province :	Ville :	Province :
Tél. Résidence :		Tél. Résidence :	
Tél. Cellulaire :		Tél. Cellulaire :	
Tél. Travail :		Tél. Travail :	
Courriel (obligatoire) :		Courriel (obligatoire) :	

	Initiales
J'autorise la diffusion de photographies et/ou vidéos prises dans le cadre des activités du club pour l'un ou l'autre des usages suivant : site internet (www.cpvgradbois.com), Facebook, affiches promotionnelles, publication dans les journaux locaux ou cd.	
Le patineur et ses parents s'engagent à respecter les règlements du CPVMG et de la FPVQ.	
Le patineur et ses parents, au besoin, s'engagent à s'impliquer comme bénévole lors des compétitions tenus par le club ou par l'ARPVM.	
Dans le cas d'une campagne de financement, le choix est offert de participer à celle-ci ou de déboursier un montant additionnel par famille qui serait alors déterminé par le conseil d'administration.	
Les patins loués doivent être utilisés et entretenus de façon adéquate. À défaut, le club pourra charger des frais.	

Signature du parent ou tuteur ou patineur

Date de l'inscription

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Coût d'inscription groupe Liliane-Lambert	
Rabais (10%) pour chaque frère ou sœur suivant l'aîné - Nom du frère ou sœur :	
Sous-total :	
Location de patin (100 \$) - # gravé sous les patins :	
Coût d'affiliation annuel FPVQ et PVC - Non remboursable	41.00 \$
Total :	

Mode de paiement : \$ _____ # Chèques : 15 sept. : (____) 15 nov. : (____) 15 jan. : (____) 15 mars : (____)
--

Fiche médicale

PATINEUR

Nom :	
Prénom :	
Numéro d'assurance maladie :	Date d'expiration :

PERSONNES À REJOINDRE EN CAS D'URGENCE

Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Lien avec le patineur :	Lien avec le patineur :
Tél. Résidence :	Tél. Résidence :
Tél. Cellulaire :	Tél. Cellulaire :
Tél. Travail :	Tél. Travail :

PROBLÈMES DE SANTÉ

Le patineur souffre-t-il de problèmes de santé particuliers tels l'asthme, diabète, épilepsie, troubles cardiaques ...	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, lesquels ? :	
Si oui, est-ce que la situation est bien contrôlée ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Précisez :	

Le patineur souffre-t-il de problèmes d'allergies ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, lesquels ? :	

Le patineur prend-il des médicaments ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, lesquels ? :	
Si oui, est-ce que le participant peut s'administrer ses médicaments ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Descriptions de blessures antérieures et autres informations pertinentes (prothèses, verres de contact, ...) :

Initiales

En cas d'urgence, si vous n'êtes pas présent, votre enfant sera transporté à l'hôpital par ambulance si jugé nécessaire.	
--	--

Signature du parent ou tuteur ou patineur

Date