

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 :	
Club d'origine :	

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.cpvgadbois.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 patineurs hors Québec doivent déposer une preuve écrite d'affiliation auprès de leur association provinciale ou nationale.	

Signature du parent ou tuteur ou patineur

Date de l'inscription

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Patineur hors-club : <input type="checkbox"/> 1 entraînement par semaine <input type="checkbox"/> 2 entraînements par semaine	
Total :	

Mode de paiement : \$ _____ # Chèques : (_____)

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