

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION

## CVM DE LA GATINEAU



### Informations

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

Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe : [M] [F] Âge : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Niveau scolaire actuel : \_\_\_\_\_

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

Ville : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

EXP: \_\_\_\_\_

Nom du père/tuteur : \_\_\_\_\_

Téléphone maison : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_

Nom de la mère/tutrice : \_\_\_\_\_

Téléphone maison : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_

Nom du répondant pour le reçu d'impôt : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance sociale : \_\_\_\_\_

### En cas d'urgence, qui joindre ?

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_

RETOURNEZ LA FICHE DÛMENT REMPLIE, AINSI QUE  
LE MONTANT À L'ADRESSE SUIVANTE:

CVM de la Gatineau  
1333, Grande-Allée  
Gatineau, QC J9J 3B6

Téléphone Denis:  
(819) 664-6149

Courriel Denis:  
dmenard7@videotron.ca

[www.campvelomontagne.com](http://www.campvelomontagne.com)  
Onglet CVM DE LA GATINEAU

# FIÇHE MÉDICALE

## Maladies, handicaps ou problèmes particuliers

Diabète : \_\_\_\_\_

Épilepsie : \_\_\_\_\_

Allergies : \_\_\_\_\_

Handicap : \_\_\_\_\_

Asthme : \_\_\_\_\_

Handicap visuel : \_\_\_\_\_

Handicap auditif : \_\_\_\_\_

Handicap intellectuel : \_\_\_\_\_

Autres problèmes : \_\_\_\_\_

Dans le cadre des activités du camp, les enfants seront amenés à goûter à certains aliments. il est important de bien remplir la section suivante.

Allergie alimentaire & type de réaction

Intolérance(s) alimentaire(s) type de réaction

Autre(s) allergie(s) & type de réaction

Votre enfant aura-t-il à prendre des médicaments prescrits par un médecin ? [oui] [non]

Si oui, lesquels et quelle est la posologie : \_\_\_\_\_

Qui est autorisé à conserver et à administrer le médicament ? \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il des allergies à certains médicaments ? [oui] [non]

Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il un Épipen [ oui][non]

Si oui, qui est autorisé à conserver et à administrer le médicament : \_\_\_\_\_

Précisez la posologie : \_\_\_\_\_

# SERVICES & COÛTS

## License FQSC Obligatoire

Rendez vous au [www.cvmprocycle.com](http://www.cvmprocycle.com) afin d'y remplir le formulaire adéquat (FQSC)

## Services

295\$ par saison

10\$ par session de spinning, 15\$ pour deux de même famille ou 20\$ pour trois de même famille

## Catégorie

Cochez	CVM	SPINNING
Atome (2009, 2010)	[ ]	[ ]
Pee-wee (2008-2009)	[ ]	[ ]
Minime (2005, 2006)	[ ]	[ ]
Cadet (2003, 2004)	[ ]	[ ]
Junior (2001, 2002)	[ ]	[ ]

## Mode de paiement

Comptant chèque

-ou-

Chèque post-daté au plus tard le 18 mai 2019

(chèques à l'ordre de Denis Ménard)



# PRISE DE CONSCIENCE DES RISQUES

Je, \_\_\_\_\_, inscrit mon enfant à un club de vélo de montagne. Je reconnais que la pratique de ce sport comporte certains risques. Je reconnais que ces risques peuvent varier d'une personne à l'autre, selon son état de santé, sa condition physique ainsi que son comportement vis à vis le respect des principes d'entraînement et des règles mises de l'avant dans le programme.

signature \_\_\_\_\_

J'autorise le personnel responsable du club à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence. De plus, je déclare que les renseignements donnés sont véridiques et je crois que mon enfant est apte à participer aux activités du club. Si la situation change, j'aviserai le personnel du club.

signature \_\_\_\_\_

J'autorise la prise de photo ou de video à des fins éducatives ou de promotion du club de vélo.

J'autorise mon enfant à la baignade sous surveillance.

signature \_\_\_\_\_