



PROGRAMME ESTIVAL DU SUD-OUEST

INSCRIPTION ÉTÉ 2014



INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom		Prénom	
Adresse (N° et rue)		Ville	
Code postal	Téléphone maison	Téléphone cellulaire	
Date de naissance (jj/mm/aa)	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Nom du père	Prénom du père		
Nom de la mère	Prénom de la mère		
Adresse courriel des parents	Club d'appartenance 2013-2014		
À quel nom doit-on émettre le reçu d'impôt : Nom du père <input type="checkbox"/> Nom de la mère <input type="checkbox"/> Autre : _____			
En signant l'inscription, vous permettez aux Clubs d'utiliser des photos de votre enfant pour la promotion du programme.			
Signature du parent ou tuteur X	Date	Temps au 400m/500m	

Les programmes s'adressent aux jeunes de 11 ans et plus.

PROGRAMME HORS-GLACE : MUSCULATION

Mardi et Jeudi soir du 20 mai au 7 août pour un total de 24 séances de 75 à 90 minutes.

Entraîneurs : Lise Dubé, Certification triathlon communautaire et formation Introduction à la Compétition (INC)
Éric Prigent, Certification triathlon communautaire et formation en Musculation.

Endroit : Piste d'athlétisme École Westwood Junior St-Lazare

Maximum de 20 inscriptions.

PROGRAMME HORS-GLACE : CAPACITÉ AÉROBIE ET DÉVELOPPEMENT NEURO-MOTEUR

Samedi matin du 24 mai au 26 juillet pour un total de 10 séances de 2 heures.

Entraîneur : Christian Cournoyer, Certification niveau 3 en patinage de vitesse.

Endroit : Piste d'athlétisme École Westwood Junior St-Lazare

Minimum de 8 inscriptions. Maximum de 20 inscriptions.

PROGRAMME PRÉ-SAISON SUR GLACE DE DEUX SEMAINES

Semaines du 11 et 18 août, du lundi au vendredi le matin pour 10 séances de 2 heures.

Entraîneurs : Christian Cournoyer, Certification niveau 3 en patinage de vitesse.

Jesse Hébert, Certification INC (niveau 2) en patinage de vitesse

Endroit : Glace Olympique Kim St-Pierre à Châteauguay.

Minimum de 8 inscriptions. Maximum de 20 inscriptions. Patineurs Liliane-Lambert fort et compétitif seulement.

SÉLECTION DES ENTRAÎNEMENTS

Veuillez cocher le (les) bloc(s) désiré(s)

PROGRAMME	HORAIRE	PRIX	CHOIX
Hors Glace des mardis et jeudis	Du 20 mai au 7 août 2014 de 18h30 à 20h00	200\$	<input type="checkbox"/>
Hors Glace des samedis	Du 24 mai au 26 juillet 2014 de 09h00 à 11h00	100\$	<input type="checkbox"/>
Camp présaison sur glace du lundi au vendredi (1 semaine seulement)	Du 11 août au 15 août 2014 de 09h00 à 11h00	175\$	<input type="checkbox"/>
	Du 18 août au 22 août 2014 de 09h00 à 11h00	175\$	<input type="checkbox"/>
Camp présaison sur glace du lundi au vendredi	Du 11 août au 22 août 2014 de 09h00 à 11h00	275\$	<input type="checkbox"/>

PROGRAMMES COMBINÉS	PRIX	CHOIX
Hors Glace des mardis, jeudis et samedis	275\$	<input type="checkbox"/>
Hors Glace des mardis, jeudis et samedis et Camp présaison sur glace de deux semaines	500\$	<input type="checkbox"/>

Inscrire les frais d'inscription ici, selon le tableau	\$
-----------------------------------------------------------	----

50% du montant est exigible au moment de l'inscription et 50% le 17 juin 2014 par chèque postdaté. Inclure les deux chèques avec le formulaire d'inscription. L'inscription ne sera pas complétée sans la réception des deux chèques ou du paiement complet.

Aucun remboursement n'est possible sauf en cas de contre-indications médicales survenant dans les 4 semaines du début des entraînements. Une note médicale doit être présentée.



PROGRAMME ESTIVAL DU SUD-OUEST

INSCRIPTION ÉTÉ 2014



cpvchateauguay.weebly.com

INFORMATIONS EN CAS D'URGENCE

N° d'Assurance- maladie	
Personnes à contacter en cas d'urgence si les parents ne sont pas disponibles :	
Nom	Tél. maison / bureau
Nom du médecin	Tél.
Nom du dentiste	Tél.

INFORMATIONS MÉDICALES

SVP cocher les réponses appropriées.

	Oui	Non		Oui	Non
Asthmatique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Présentement blessé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épileptique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blessure nécessitant des soins médicaux dans l'année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabétique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Épisodes de commotion cérébrale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opération dans la dernière année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes cardiaques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie de plus d'une semaine dans la dernière année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes d'ouïe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Porte des lunettes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes de respiration pendant l'exercice ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si porte des lunettes, les verres sont-ils incassables ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épisodes d'évanouissement pendant l'exercice ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Porte des verres de contact ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prend des médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Porte des appareils dentaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porte un bracelet ou un collier Medic Alert ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre (si oui, donner les détails plus bas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SVP remplir le tableau suivant.

Si vous avez répondu « oui » à l'une des questions, veuillez donner plus de détails ici : 	Médicaments :
	Allergies :
	Maladies :
	Blessures :
	Date de la dernière injection contre le tétanos :
	Date du dernier examen médical complet :
Veuillez indiquer ici toutes autres informations pertinentes :	

CONSENTEMENT

Toute maladie ou problème lié à une blessure devrait être vérifié par votre médecin avant tout entraînement et la pratique du patinage de vitesse. L'entraîneur se réserve le droit de demander un billet du médecin. Je comprends qu'il relève de ma responsabilité d'aviser l'entraîneur de tout changement en ce qui a trait à l'information ci-haut aussitôt que possible et que, dans l'éventualité où il est impossible de rejoindre une personne responsable, la direction de l'équipe amènera mon enfant à l'hôpital ou chez un médecin, si cela s'avère nécessaire. Par la présente, j'autorise le médecin et le personnel infirmier à examiner et procéder aux traitements nécessaires pour mon enfant. J'autorise également que l'information pertinente soit distribuée aux personnes appropriées (entraîneur, ambulanciers, médecin) lorsque jugé nécessaire.

Date :

Signature du participant, du parent ou du tuteur :

Je reconnais que la pratique du patinage de vitesse et des sports connexes régie par la Fédération de patinage de vitesse du Québec comporte l'existence de dangers et risques réels de blessures et d'accidents. Je déclare connaître la nature et l'étendue de ces dangers et de ces risques et j'accepte librement et volontairement de participer ou que mon enfant participe à des activités de patinage de vitesse et d'entraînement. Je renonce par la présente expressément à toute réclamation de quelque nature que ce soit contre les Clubs, leurs représentants, leurs administrateurs et/ou officiers.

L'équipement de patin de vitesse courte piste standard est requis pour le programme pré-saison sur glace. Lors des séances d'entraînements en vélo de route, les jeunes devront avoir soit un vélo de route ou un bon vélo de montagne avec pneus lisses. Le cuissard, les lunettes et les gants sont recommandés. Pour les entraînements hors glace, les espadrilles et les vêtements d'éducation physique seront exigés.

Je, soussigné(e), participant ou détenteur de l'autorité parentale ou tuteur d'un participant mineur, comprends que le port du casque de vélo est obligatoire pour toutes les sorties de vélo.

Date :

Signature du participant, du parent ou du tuteur :