

fiche d’inscription Camp de perfectionnement de soccer

du 02 au 5 juillet 2019

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Catégories : U9 à U12

Cout : 195$ pour la semaine.

Inscriptions : jusqu’au 21 juin

Horaire : de 10h00 à 15h00 (pas de service de garde avant et après)

repas : Diner froid, collations et bouteille d’eau

endroit : terrain synthétique

Prévoir un lunch froid pour les midis

Minimum de participants : 20 (sinon le camps sera annulé)

PRÉNom :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOM :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CATÉGORIE : U - \_\_\_

ADRESSE :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TÉL :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VILLE :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COURRIEL :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ASSURANCE-MALADIE :\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_ -\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EXP : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

DE QUELLE FAÇON QUITTE-T-IL À LA FIN DE LA JOURNÉE?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## PERSONNES À CONTACTER EN CAS D’URGENCe :

1. nom\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE : Soir : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Jour : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell. : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. nom\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE : Soir : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Jour : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell. : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. nom\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE : Soir : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Jour : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell. : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# PROFIL MÉDICAL :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Souffre-t-il de… | Oui | Non |  Est-il allergique à … | Oui | Non |
|  Asthme |  |  |  Arachides et noix |  |  |
|  Diabète |  |  |  Aspirine, pénicilline |  |  |
|  Épilepsie |  |  |  Herbe à puce  |  |  |
|  Évanouissement |  |  |  Piqûres d’insectes |  |  |
|  Problème cardiaque |  |  |  Produits laitiers |  |  |
|  Problème respiratoire |  |  |  Autres (précisez)  |  |  |

AUTRES PRÉCISIONS :

Prends-t-il des médicaments sur une base régulière ? Oui ❑ Non ❑

Spécifiez \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Est-il en possession de ses médicaments ? Oui ❑ Non ❑

Sait-il administrer ses médicaments ? Oui ❑ Non ❑

A-t-il eu des blessures sérieuses antérieures ? Oui ❑ Non ❑

Spécifiez \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Porte-t-il des verres de contact ? Oui ❑ Non ❑ Lunettes ❑

# Autres conditions NÉCESSITANT des soins particulierS : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ÊTES-VOUS UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ PRÊT À Administrer LES PREMIERS SOINS?

# Oui ❑ Non ❑ ET VOTRE CONJOINT ? Oui ❑ Non ❑

#

# traitement d’urgence

1. Par la présente, j’autorise en cas d’accident ou de maladie, en mon absence du lieu de la pratique ou de la partie, la direction de l’équipe à entreprendre les démarches requises pour consulter un professionnel de la santé ou à hospitaliser mon enfant.
2. Je m’engage à défrayer tous les coûts relatifs aux soins de santé non couverts par la Régie de l’AMQ qui pourraient découler des démarches mentionnées plus haut.
3. Je m’engage à aviser la direction de l’équipe de tout changement en ce qui a trait à l’information ci-dessus.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Signature du parent ou tuteur si moins de 18 ans Date