|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 1718- |  |
|  |  |
| **CPV Les Ailes d’Or de LaSalle – Saison 2017/2018** |
| **IDENTIFICATION DU PATINEUR** |
| Nom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Date de naissance (JJ/MM/AA) : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | Sexe: M ☐ F ☐ |
| Courriel principal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Adresse postale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ville: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Code postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Tél (maison): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Tél (cell): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **IDENTIFICATION DES PARENTS (Dans le cas d’un enfant mineur)** |
| Père | Mère |
| Nom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Tel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Maison ☐ Cell ☐  | Tél: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Maison ☐ Cell ☐  |
| Courriel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Courriel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Reçu d’impôt au nom de: père ☐ mère ☐ patineur ☐ |
| **EN CAS D’URGENCE** |
| Nom de la personne à rejoindre en cas d’urgence: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Tél: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Lien avec patineur: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **FRAIS D’INSCRIPTION** |
| École de patin (saison complète) \* | 225$  | ☐ | **TOTAL INSCRIPTION** |
| 1 Session (automne 2017 ou hiver 2018) | 150$ | ☐ |
| Régional – Initiation C’Le Fun | 280$  | ☐ | Inscription : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Régional – Initiation Liliane Lambert | 355$ | ☐ | Location : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Interrégional et Provincial (Les frais de compétitions sont payés par les parents)\*\* | 445$  | ☐ |  | **Total :** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |  |
| Location de patins \*\*\* | 125$  | ☐ | Mode de paiement**: $** \_\_\_\_\_\_ |
| Location de lames ou bottines \*\*\* | 55$  | ☐ |  **Reçu****Chèques : # (**\_\_\_\_\_\_**) (**\_\_\_\_\_\_\_\_**)** **30 Nov.****30 Sept.** |
| Patineur de l'extérieur : Saison ($155) ☐ soir ($10) ☐ |  |  |  |
| \* 50% de réduction pour un 2e patineur de la même famille à l’école de patin seulement (non disponible sur inscription pour une session)\*\* Le club ne peut s’engager à assigner un entraineur aux compétitions de niveau Provincial.\*\*\* Entretien requis par le patineur/parent. Frais à payer si endommagés |
| **SIGNATURE** |
| J'autorise le CPV LaSalle à afficher sur les sites WEB ou à publier dans les journaux des articles ou des photos de mon enfant prises lors des activités du Club. \_\_\_\_\_\_\_(initiales du parent)Je confirme que tous les renseignements fournis sont exacts et j'accepte les conditions énoncées ci-dessus.  |
| Signature : | Date : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |

☐

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **CPV Les Ailes d’Or de LaSalle – Saison 2017/2018** |
| **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX** |
| Nome : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Numéro d'Assurance Maladie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Expiration : \_\_/\_\_\_\_ |
| *Les renseignements colligés dans la présente section sont confidentiels et pour l'usage exclusif du Club de vitesse* |
| **Votre enfant requiert-il un suivi médical particulier:** |
| Asthme, maladie cardiaque, épilepsie ou autre?Si oui, précisez: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Oui ☐ | Non ☐ |
| Allergies?Si oui, précisez: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Oui ☐ | Non ☐ |
| D'un handicap physique (ouïe, vue, motricité, autre)? Si oui, précisez: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Oui ☐ | Non ☐ |
| De séquelles consécutives à une blessure?Si oui, précisez: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Oui ☐ | Non ☐ |
| Votre enfant doit-il prendre des médicaments de façon régulière?Si oui, précisez: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Oui ☐ | Non ☐ |
| Votre enfant est-il soumis à des restrictions relatives à la pratique d'activités physiques?Si oui, précisez: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Oui ☐ | Non ☐ |
|  |  |
| Autres précisions: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |
| **LOCATION DE PATINS (s'il y a lieu)** |
| Conditions générales de location des patins: 1. Être un membre du club "Les ailes D'Or de LaSalle"
2. Procéder à un aiguisage régulier des patins, en suivant la procédure prescrite ou confier l'aiguisage des patins au Club (*frais de $10 par aiguisage*)
3. Prendre soins des patins, bien essuyer les lames, fermer les bottines et mettre les pantoufles lors du rangement.

 1. S'engager à dédommager le Club en cas de perte ou vol de l'équipement prêté ainsi que dans l'éventualité de dommages ou d'usure anormale.
 | **(Reserved for club use)**NUMÉRO DES PATINS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MODÈLE LAMES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_GRANDEUR LAMES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DATE DE LOCATION: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DATE DE RETOUR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **SIGNATURE** |
| En vertu du présent contrat, le locataire reconnait avoir pris connaissance des conditions ci-haut mentionnées et s'engage à s'y conformer. |
| Signature : | Date : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
| Responsable du club : |