



CLUB AQUATIQUE SALABERRY INC.
100, rue St-Thomas, Salaberry-de-Valleyfield (Québec) J6T 2J7

FICHE D'INSCRIPTION et FICHE MÉDICALE 2023-2024

NOM: _____ **PRÉNOM:** _____
Date de naissance (aaaa-mm-jj): _____ Numéro assurance maladie: _____
Adresse: _____ Date d'expiration: _____
Ville : _____ N° carte du citoyen (Salaberry-de-Valleyfield) : _____
Code postal : _____ Date expiration : _____
Téléphone : _____ Courriel : _____

Nombre d'heure(s) d'entraînement par semaine _____ heure(s) / semaine

CONSENTEMENT PHOTOS

En signant le présent formulaire, je consens à ce que moi ou mon enfant se fasse photographier et j'autorise le Club Aquatique Salaberry à utiliser les photos dans les documents de promotion tels que les articles de journaux, les publicités locales, le site internet et Facebook.

Signature du nageur ou du parent (moins de 18 ans) : _____

NAGEUR DE MOINS DE 18 ANS

Nom du parent 1 : _____ Nom du parent 2 : _____
Reçu d'impôt émis à : _____ Grandeur du chandail : XS S M L XL 2XL
Nom de l'école : _____ Niveau scolaire : _____

REGLEMENTS

J'ai pris connaissance du code du nageur et j'accepte de m'y conformer. De plus, j'accepte que le Club Aquatique Salaberry s'acquitte de mon inscription auprès de la FNQ et de Natation Canada advenant le cas ou je ne l'aurais pas fait dans les délais.

Signature du nageur ou du parent (moins de 18 ans) : _____

Date: _____

Section réservée aux membres du CA du Club Aquatique

Casque remis : Oui Non **Mode de paiement :** Annuel 2 versements **Chèque(s) remis :** Oui Non

Signature de la personne ayant fait l'inscription

Montant(s) : _____



CLUB AQUATIQUE SALABERRY INC.
100, rue St-Thomas, Salaberry-de-Valleyfield (Québec) J6T 2J7

FICHE D'INSCRIPTION et FICHE MÉDICALE 2023-2024

COORDONNEES EN CAS D'URGENCE

Prénom et nom : _____ Lien : _____
Téléphone 1 : _____ Téléphone 2 : _____
Prénom et nom : _____ Lien : _____
Téléphone 1 : _____ Téléphone 2 : _____

Médecin de famille : _____

		oui	non
Profil médical :	asthme	_____	_____
	bursite	_____	_____
	bronchite	_____	_____
	diabète	_____	_____
	épilepsie	_____	_____
	hémophilie	_____	_____
	otite	_____	_____
	problème cardiaque	_____	_____
autres	_____	_____	

Médication : _____

Allergies : _____

Épipen : **Oui** **Non**

Blessures sérieuses antérieures : _____

Autres (prothèses, verres de contact, etc.) : _____
