



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

**FICHE D'INSCRIPTION et FICHE MÉDICALE 2024-2025**

**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 2024-2025**

**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.) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_