

# JOURNÉE DE PERFECTIONNEMENT SPORTIF EN BASKETBALL

## 22 SEPTEMBRE 2018

### FICHE D'INSCRIPTION

Identification de l'athlète (EN LETTRES MOULÉES S.V.P.)

Fille  Garçon

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de l'équipe : \_\_\_\_\_

Catégorie : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : (     ) \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

Date d'expiration : \_\_\_\_\_

AA / MM / JJ

Date de naissance : \_\_\_\_\_

AA / MM / JJ

Courriel : \_\_\_\_\_

### TARIF

**10 \$ taxes incluses\***

Afin d'assurer la place de l'athlète au camp vous devez venir faire le paiement au comptoir du Centre sportif au plus tard le 21 septembre 2018.

#### Premiers arrivés, premiers inscrits!

Dès la réception de votre inscription, nous vous contacterons pour vous fournir des renseignements supplémentaires. Les parents doivent compléter et signer la section INFORMATION MÉDICALE (à droite). Les athlètes sont responsables de l'hébergement.

**Responsable : Stéphane LeBrun**

Tél. : 418 862-6903, poste 2616

Remplissez et retournez ce feuillet à [stephane.lebrun@cegeprdl.ca](mailto:stephane.lebrun@cegeprdl.ca)

### INFORMATION MÉDICALE ET AUTORISATION D'UTILISATION DES PHOTOS

(à remplir en compagnie des parents)

#### Utilisation des photos

J'accepte que les photos prises de l'athlète lors des journées soient utilisées pour tout document à circulation interne et externe produit par le Cégep de Rivière-du-Loup à des fins de promotion et/ou publicité faite par le Collège.

OUI  NON

Signature du parent ou tuteur

#### Allergies

Votre enfant souffre-t-il d'allergies?

OUI  NON

Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

#### Soins médicaux

Il est nécessaire d'avoir l'autorisation des parents pour des soins d'urgence dans le cas d'un accident ou d'une maladie. Le Cégep de Rivière-du-Loup dispose du matériel et du personnel nécessaires en cas de blessure. Cependant, l'activité ne peut être tenue responsable pour les blessures survenues pendant les journées. La candidate ou le candidat est en parfaite santé et en mesure de participer, sans restriction, aux activités physiques d'un programme rigoureux. En cas de blessure et/ou maladie, j'autorise le personnel des journées de perfectionnement sportif en basketball à prendre sans délai les dispositions médicales qui s'imposent. De plus, j'assume l'entière responsabilité pour les bris et les dommages causés par mon enfant aux installations et aux équipements où se déroule l'activité.

J'autorise les traitements médicaux prescrits par le médecin traitant.

Prénom et nom du parent ou du tuteur (en lettres moulées)

Signature du parent ou tuteur

Téléphone le jour : (     ) \_\_\_\_\_

Téléphone le soir : (     ) \_\_\_\_\_