



Camp de hockey du HAL

Formulaire d'inscription

Été 2010

Nom et prénom du jeune

no civique, rue,

Ville, Code postal

No de téléphone

Date de naissance

Activité : Semaine du 16 août

Catégorie pour la saison prochaine :

Novice Atome Pee-Wee

Position la saison dernière :

Prénovice Gardien
 Défenseur
 Centre
 Ailier

Garçon Fille

Semaine du 23 août

Parents

Père

Mère

Nom et prénom

no civique, rue,

Ville, Code postal

No de téléphone maison

No de téléphone travail

No de téléphone cellulaire

Courriel

NAS*

Nom et prénom

no civique, rue,

Ville, Code postal

No de téléphone maison

No de téléphone travail

No de téléphone cellulaire

Courriel

NAS*

* Indiquez ci-dessus le numéro d'assurance sociale du parent à qui vous désirez que le reçu pour frais de garde d'enfant ainsi que le relevé 24 soient émis.

Modalités d'inscription

Ouverts à tous, priorité aux citoyens de l'Ancienne-Lorette pour toutes les inscriptions reçues avant le 31 mai. Par la suite, les inscriptions seront traitées dans l'ordre de réception.

Frais d'inscription : Citoyens de L'Ancienne-Lorette : 200\$/semaine

Résidents de l'extérieur 225\$/semaine

Aucun remboursement à compter du 1^{er} jour du camp. Des frais de gestion de 50\$ seront retenus pour toute annulation.

Faire votre chèque à l'ordre de Hockey L'Ancienne-Lorette.

Compléter, signer et poster tous les formulaires ainsi que votre chèque à :

Camp de hockey du HAL

1065, rue Panneton

L'Ancienne-Lorette (Québec) G2E 6E7



Camp de hockey du HAL

Fiche santé Été 2010

Nom et prénom du jeune

Numéro d'assurance maladie

Date de naissance

Expiration (mm/aaaa)

Personnes à rejoindre en cas d'urgence (2 min) : (ne pas indiquer le code régional si c'est 418)

- | | | | | | | |
|----|-------------|--------------------|---------------|-------------|-------|-------|
| 1. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | Nom, prénom | Lien avec l'enfant | Tél résidence | Tel travail | Cell | Autre |
| 2. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | Nom, prénom | Lien avec l'enfant | Tél résidence | Tel travail | Cell | Autre |
| 3. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | Nom, prénom | Lien avec l'enfant | Tél résidence | Tel travail | Cell | Autre |

Questionnaire médical

Le jeune a-t-il déjà :

- subi une fracture, une luxation ou une entorse ? Oui Non : précisez : _____
- ressenti des troubles respiratoires associés à l'effort ? Oui Non : précisez : _____
- perdu connaissance, ressenti des étourdissements ou des douleurs thoraciques ?
Oui Non : précisez : _____
- souffert de problèmes reliés à la chaleur ? Oui Non : précisez : _____
- été diagnostiqué pour une maladie chronique ou récurrente ?
Oui Non : précisez : _____

L'enfant prend-il un ou des médicaments ? Oui Non

Si oui, lesquels et quelle en est la posologie ?

- | | |
|-----------------------|-------------------|
| 1. Médicament : _____ | Posologie : _____ |
| 2. Médicament : _____ | Posologie : _____ |
| 3. Médicament : _____ | Posologie : _____ |

L'enfant est-il apte à prendre lui-même ses médicaments ? : Oui Non

L'enfant souffre-t-il de troubles de comportement ? Oui Non : précisez : _____
Est-il contrôlé avec des médicaments ? Oui Non



L'enfant souffre-t-il d'allergies ?

Oui Non

Si oui, lesquelles ?

Alimentaires :

Arachides Oui Non

Noix et autres: Oui Non

Produits laitiers Oui Non

Autres : _____

Médicaments : pénicilline : Oui Non

Autres : _____

Piqûres d'insectes : Oui Non :

Autres : _____

L'enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Twinjet, Ana-Kit) ? Oui Non

Si oui, qui est autorisé à conserver et administrer ce médicament ?

l'enfant lui-même un de ses parents un moniteur

personnel de la santé autre responsable

Vaccin tétanos :

Votre enfant a-t-il reçu le vaccin tétanos ? Oui Non. Si oui, indiquez l'année : _____

(Note : les vaccins Pentacel et Quadracel incluent celui du tétanos)

Autorisations médicales

En signant la présente,

1. J'autorise le personnel du camp de hockey du HAL à administrer à mon enfant un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre. (Si des allergies à de tels médicaments sont connues, veuillez les inscrire dans la section allergies de la fiche santé.)
2. J'autorise les responsables du camp de hockey du HAL ou du Complexe sportif multidisciplinaire de l'Ancienne-Lorette à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires.
3. Si le responsable le juge pertinent, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement (à mes frais), dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
4. De plus, s'il est impossible de joindre un parent ou un tuteur, j'autorise le médecin choisi par les autorités du camp du HAL à prodiguer à mon enfant inscrit dans ce le camp de hockey, tous les soins médicaux requis par son état, y compris l'hospitalisation, des injections, la transfusion, l'anesthésie et la pratique d'une intervention chirurgicale.

Nom en lettre moulées

Signature du père ou de la mère

Date

