|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Vous êtes invités à découvrir le hockey sonore!Samedi 20 mai 2017 | C:\Users\roberge_l\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.Word\Canadian Blind Hockey Association Primary Logo.jpg |

**Quoi :** Initiation au hockey sonore
**Qui :** Tous les handicapés visuels de la région de Montréal de 8 ans et plus.
**Où :** Aréna Glen J. Chamandy (Lower Canada College)

4090, avenue Royal, Montréal

**Quand :** Samedi 20 mai 2017

**Enregistrement :** 14 heures. Sur la glace de 15h à 16 h. (voir formulaire d’enregistrement)

En collaboration avec l'Association sportive des aveugles du Québec (ASAQ) et la Fondation des aveugles du Québec, l'Association canadienne de hockey sonore invite tous les jeunes handicapés visuels à découvrir et à s’initier au hockey sonore. Le hockey sonore est la forme adaptée du hockey traditionnel conçu pour les personnes ayant un handicap visuel.

Dans le cadre du tournoi de l'Association canadienne de hockey sonore division de l'Est, mettant aux prises les équipes de joueurs adultes, la tenue de cette activité d’initiation, encadrée par des moniteurs compétents, permettra à tous de goûter aux joies du hockey.

Pour information et réservation :

Par courriel : hibouxdemontreal@gmail.com

Par téléphone : 514-260-6953

Merci et au plaisir

|  |  |
| --- | --- |
| **Fondation des Aveugles du Québec** | Association sportive des aveugles du Québec |

**ESSAYER LE PATINAGE ET LE HOCKEY SONORE**

 **Formulaire d’enregistrement**

**Répondre avant le 15 MAI 2017**

**Aréna Glen J. Chamandy (Lower Canada College)**

**4090, avenue Royal, Montréal**

ÉVÉNEMENT : 20 mai 2017

HORAIRE : 14h : Arrivée et enregistrement

 14h30 : Mettre l’équipement et aller sur la glace

 15h : Patinage et hockey

ENVOYER À : hibouxdemontreal@gmail.com

Nom du participant :

Âge du participant :

Nom du parent/personne responsable (si moins de 18 ans) :

Courriel :

Téléphone :

Expérience patinage (nul / débutant / intermédiaire) :

Expérience au hockey (nul / débutant / intermédiaire) :

Niveau de vision (nul / base vision / partiellement voyant) :

Avez-vous vos patins (oui ou non) :

Si vous n’avez pas de patins, quel est votre pointure :

Avez-vous votre casque de hockey (oui ou non) :

Si vous voulez amener un membre de votre famille ou un ami comme guide / ou partenaire de patinage, s’il vous plaît indiquer son nom et la relation avec vous :