****

**Initiation au Blind tennis**

**– 18 Novembre 2015**

**Date limite d’inscription : 14 novembre 2015**

**IDENTIFICATION**

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

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

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

Tél. maison : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_\_\_\_ Sexe : M 🞎 F 🞎

**PERSONNE À JOINDRE EN CAS D’URGENCE**

Prénom et nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lien avec le participant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SANTÉ ET ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX**

Niveau de vision : 🞎 Semi-Voyant 🞎 Cécité

Maladies et/ou particularités médicales (précisez) :

Intervention chirurgicale et/ou blessure grave (précisez) : \_\_\_\_

Allergies et/ou intolérances (précisez) :

Avez-vous à votre disposition une dose d’adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en fonction de vos allergies?

🞎 Oui 🞎 Non

Posologie : \_\_\_\_

**À signer si vous avez une dose d'adrénaline**

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par la direction à m’administrer, selon le besoin en cas d'urgence, la dose d'adrénaline susmentionnée.

Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_

Avez-vous des prothèses particulières (précisez) :

Autres :

**AUTORISATION**

Par la présente, j’accepte que l’Association Sportive des Aveugles du Québec (ASAQ) utilise des photos ou films de moi pris lors d’activités à des fins publicitaires. Le matériel utilisé demeurera la propriété de l’ASAQ.

🞎 **J’accepte** 🞎 **Je refuse**

En signant la présente, j’autorise la direction à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires. Si la direction le juge nécessaire, je l’autorise également à me transporter par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. De plus, j’autorise le médecin choisi par la direction à prodiguer au participant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d’une intervention chirurgicale, des injections, l’anesthésié et l’hospitalisation.

En signant la présente, je suis conscient(e) des risques et des dangers inhérents à la pratique d'activités sportives et j'accepte que de participer à l’activité de soccers organisée par l’Association Sportive des Aveugles du Québec (ASAQ).

Je certifie que les informations fournies sont véridiques.

**Ces renseignements doivent être exacts et complets, sinon la fiche d’inscription vous sera retournée.**

Signature : \_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_

**Date limite d’inscription : 14 novembre 2015**

*Pour faire parvenir la fiche d’inscription ou pour plus d’information communiquez avec Valérie aux coordonnées suivantes:*

Valérie Dunon Larouche

Agente de projets

Association sportive des aveugles du Québec (ASAQ)

(514) 252-3178 poste 3775

Ou

Adresse postale : Association Sportive des Aveugles du Québec (ASAQ)

4545 avenue Pierre de Coubertin

Montréal, QC, H1V 0B2