

**Fiche d’inscription : PROGRAMME JEUNESSE**

**Québec – Hiver 2025**

Session d’hiver se déroulera entre le 01 février et le 29 mars

**DATE LIMITE D’INSCRIPTION :** Mercredi le 15 janvier 2025 (Mais le plus tôt est le mieux!)

Pour inscrire votre enfant, remplir le présent formulaire et l’envoyer en **version Word**, à Aziza Berriri, coordonnatrice de programmes par courriel: projets@sportsaveugles.qc.ca. Il faut aussi renouveler l’adhésion annuelle pour l’année 2024-2025, si cela n’a pas été fait depuis le 1er avril 2024. Pour toutes questions, vous pouvez communiquer avec Aziza Berriri par courriel ou laisser un message vocal au : 514-252-3178 p.3775.

**IDENTIFICATION DE L’ENFANT**

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

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

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

Particularités médicales (maladie, allergies, restriction):   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Centre de réadaptation et nom de l’intervenant, si l’enfant a un suivi régulier :

    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IDENTIFICATION DU PARENT (OU DES PARENTS)**

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

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

Courriel :   \_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_

**COMMUNICATION**

Si c’est une première participation, comment avez-vous entendu parler du programme?

**PROGRAMMES**

J’inscris mon enfant au programme suivant :

|  |  |
| --- | --- |
|  • Du sport pour moi! Initiation  | [ ]  |
|  • Goalball récréatif | [ ]  |

**QUESTIONNAIRE**

Ce questionnaire a pour objectif de permettre aux intervenants de préparer les activités adéquatement pour vos enfants.

En dehors du programme « Du sport pour moi ! » et de ses cours d’éducation physique,

combien d’heures par semaine votre enfant fait-il de l’activité physique?

Est-ce que votre enfant a déjà pratiqué les sports suivants :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Patin | Jamais [ ]  | 1 à 3 fois [ ]  | Plus de 3 fois [ ]  | Non inscrit [ ]  |
| Gymnastique | Jamais [ ]  | 1 à 3 fois [ ]  | Plus de 3 fois [ ]  | Non inscrit [ ]  |
| Escrime | Jamais [ ]  | 1 à 3 fois [ ]  | Plus de 3 fois [ ]  | Non inscrit [ ]  |
| Taille de chaussure (pour grandeur des bottes de ski) | Taille :       |  |
| Poids (en livre ou en kg, pour la grandeur des skis) | Poids :       |  |

**ÉQUIPEMENT REQUIS**

Pour tous les sports, les participants doivent :

* avoir les cheveux attachés
* arriver vêtus d’une tenue sportive adaptée au sport avec chaussures de sport fermées
* avoir une bouteille d’eau
* tout autre équipement sera fourni sur les lieux des activités.

**Tarifs et modes de paiement**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROGRAMME** | **MEMBRE** | **1ER ENFANT** | **2E ENFANT** | **3E ENFANT** |
| DSPM-initiation | 15,00$ | 160,00$ | 135,00$ | 120,00$ |

L’enfant participant doit être membre de l’ASAQ pour participer aux activités, au coût de 15$ par année. En devenant membre, il aura accès à toutes les activités pendant toute notre année financière (du 1er avril 2024 au 31 mars 2025). L’adhésion est renouvelable chaque année et les frais de membre sont non remboursables. Des frais de 20.00 $ s’appliquent pour toute annulation après le début de la session, ainsi que 15.00 $ par séance faite.

* Paiement par virement interac (méthode à préférer si possible ;) X

En adressant le paiement à l’adresse courriel suivante : infoasaq@sportsaveugles.qc.ca

**Question : sport; Réponse : goalball.**

* Paiement par chèque [ ]

 Libellé au nom de l’ASAQ et envoyé par la poste à cette adresse :

Association sportive des aveugles du Québec inc. (ASAQ)

7665 boulevard Lacordaire

Montréal (Québec) H1S 2A7

**AUTORISATION**

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

OUI [ ]

NON [ ]

Par la présente, j’accepte que l’Association Sportive des Aveugles du Québec (ASAQ) donne les coordonnées des parents ou tuteurs du participant aux intervenants et entraineurs afin de nous joindre relativement au déroulement des activités.

OUI [ ]

NON [ ]

**SOINS MÉDICAUX**

En signant la présente, j’autorise la direction à prodiguer tous les premiers soins nécessaires. Si la direction le juge nécessaire, je l’autorise également à transporter le participant par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. De plus, s’il est impossible de nous joindre, 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’anesthésie 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 le participant participe aux activités organisées et supervisées par l’Association sportive des aveugles du Québec (ASAQ).

En tant que parent ou tuteur du jeune, je certifie que les informations fournies sont exactes.

Personne à contacter en cas d’urgence :

Numéro de téléphone :

Lien :

Signature :

Lieu :

Date :