

**Fiche d’inscription : PROGRAMME JEUNESSE**

**Montréal – Printemps 2025**

Session du printemps se déroulera entre le 24 mai et le 28 juin 2025.

**DATE LIMITE D’INSCRIPTION : Jeudi le 22 mai 2025**

Pour inscrire votre enfant, remplir le présent formulaire et l’envoyer en **version Word**, à

Mathieu Rochette, coordonnateur de programmes par courriel: projets@sportsaveugles.qc.ca.

Si cela n’a pas été fait depuis le 1er avril 2025, Il est important d’acquitter son adhésion annuelle à l’association pour l’année 2025-2026 (voici le lien vers le formulaire d’adhésion/renouvellement : <https://forms.gle/8k3uaBgzF9xsGjiP8> ). Pour toutes questions, vous pouvez communiquer avec Mathieu Rochette, soit par courriel ou laisser un message vocal au : 514-252-3178 p.3639.

**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 :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cecifoot (soccer sonore) | Jamais [ ]  | 1 à 3 fois [ ]  | Plus de 3 fois [ ]  | Non inscrit [ ]  |
| Yoga  | Jamais [ ]  | 1 à 3 fois [ ]  | Plus de 3 fois [ ]  | Non inscrit [ ]  |

**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$ | 120,00$\*~~160,00$~~ | 105,00$\*~~135,00$~~ | 95,00$\*~~120,00$~~ |

\*Tarif réduit spécial en raison d’une saison écourtée.

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

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

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

**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 :