



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

COORDONÉES PERSONNELS

Nom:		Prénom:	
Adresse:		Ville :	No. Téléphone: ()
Province :	Code Postal :	Email :	Date de naissance:

INFORMATION COURS

Session: Automne Hiver Printemps Été

- Inscription annuelle 2014-2015
- 1 cours - 1 hre/sem - Enfants 6-9 ans - (Vendredis 18h00-19h00)
- 1 cours - 1 hre/sem – Adultes et enfants 10 ans + (Lundis 18:30 - 19:30)
- 1 cours - 1,5 hre/sem – Adultes et enfants 10 ans + (Lundi OU vendredi)
- 2 cours - 3 hre/sem - Adultes et enfants 10 ans + (Lundi ET vendredi)

INFORMATION PAIEMENT

Mode de paiement: Argent Chèque No. Chèque :

Montant payé :

EN CAS D'URGENCE

Nom de la personne à contacter:	No. Téléphone maison: ()	No. Téléphone travail: ()
---------------------------------	------------------------------	-------------------------------

QUESTIONNAIRE MÉDICALE

	OUI	NON		OUI	NON
AFFECTATION DES SENS :			PROBLÈMES MUSCULO-SQUELETIQUES		
a. Souffrez-vous d'une affection visuelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a. Avez-vous une limitation de mouvement d'un des vos membres ou de la colonne vertébrale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Portez-vous des lunettes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Souffrez-vous de faiblesse musculaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Portez-vous des verres de contact?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROBLÈMES SYSTEMIQUES :		
d. Avez-vous des problèmes auditifs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a. Souffrez-vous de diabète?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AFFECTATION DU SYSTÈME NERVEUX :			PROBLÈMES CARDIOVASCULAIRES :		
a. Souffrez-vous d'évanouissements?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a. Souffrez-vous d'une affection cardiaque ou vasculaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Souffrez-vous d'épilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROBLÈMES CUTANÉS :		
c. Avez-vous souffert de traumatisme crânien dernièrement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a. Souffrez-vous des maladies contagieuses de la peau?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Souffrez-vous de désordre cervical ou neurologique autres que mentionnés ci-dessus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AUTRES CONDITIONS :		
AFFECTATION RESPIRATOIRE :			a. Prenez-vous des médicaments?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Souffrez-vous d'asthme ou de bronchite chronique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Avez-vous suivi une intervention chirurgicale dernièrement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLÈMES RENAUX :			c. Souffrez-vous des maladies ou d'affections autres que mentionnées ci-dessus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Avez-vous souffert ou souffrez-vous d'une maladie rénale quelle qu'elle soit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Pour votre sécurité, nous vous demandons de consulter un médecin si vous avez répondu « oui » à une ou plusieurs questions mentionnées et d'envoyer une copie du rapport médical à notre instructeur avec les recommandations du médecin.

JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS SONT EXACTS ET COMPLETS

(Signature du membre ou du parent si moins de 18 ans)

Date