



CLUB TAEKWONDO BOUCHERVILLE FICHE D'INSCRIPTION DU MEMBRE

Renseignements généraux

NOM : _____

PRÉNOM : _____

SEXE : Masculin Féminin

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____

TÉLÉPHONE MAISON : _____ CELLULAIRE : _____

DATE DE NAISSANCE (jj-mm-aa) : _____

NUMÉRO ASSURANCE MALADIE : _____ EXP : _____

NUMÉRO CARTE D'ACCÈS DE BOUCHERVILLE : _____ EXP : _____

COURRIEL : _____

PRATIQUE ANTÉRIEURE DU TAEKWONDO DANS UN AUTRE CLUB : Oui Non

SI OUI, ÉCOLE, GRADE ET DATE D'OBTENTION : _____

Urgence / Répondants

NOM : _____

LIEN : _____

TÉLÉPHONE(S) : _____

NOM : _____

LIEN : _____

TÉLÉPHONE(S) : _____

Fiche santé

Afin d'assurer la sécurité de chaque membre, le Club de Taekwondo doit être informé des problèmes de santé pouvant nécessiter une intervention d'urgence durant les cours. **SVP, avisez Maître Karl Dery de tout changement de votre état de santé.**

- Allergies** (spécifiez) Oui Non _____
- Asthme** Oui Non _____
- Évanouissement** Oui Non _____
- Douleur à la poitrine** Oui Non _____
- Diabète** Oui Non _____
- Épilepsie** Oui Non _____
- Déficiences auditives** Oui Non _____
- Problème cardiaque** Oui Non _____
- Maux de tête récurrents** Oui Non _____
- Lunettes/lentilles** Oui Non _____
- Blessures** (spécifiez) Oui Non _____
- Médicaments** (spécifiez) Oui Non _____
- Commotions** Oui Non _____
- Chirurgie récente** (spécifiez) Oui Non _____

Autres : _____

Les responsables me feront part de toute décision quant aux soins médicaux prodigués à mon enfant dans les plus brefs délais afin d'obtenir mon consentement. S'il leur est impossible de me joindre, je les autorise à intervenir en mon nom.

Je comprends qu'à moins d'une annulation par le Club pour manque d'inscriptions ou autres, il n'y aura aucun remboursement.

J'autorise le Club à prendre des photos ou vidéos du participant et à les utiliser à des fins promotionnelles.

Signature

Date

Note : En cas de chèque sans provision, des frais d'administration de dix dollars seront exigés à l'émetteur du chèque.