



## CLUB TAEKWONDO BOUCHERVILLE FICHE D'INSCRIPTION DU MEMBRE

### Renseignements généraux

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

SEXE :  Masculin  Féminin  Autre

ADRESSE : \_\_\_\_\_

VILLE: \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE MAISON : \_\_\_\_\_ CELLULAIRE : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE (jj-mm-aaaa) : \_\_\_\_\_

NUMÉRO CARTE D'ACCÈS DE BOUCHERVILLE : \_\_\_\_\_ EXP : \_\_\_\_\_

COURRIEL : \_\_\_\_\_

PRATIQUE ANTÉRIEURE DU TAEKWONDO DANS UN AUTRE CLUB :  Oui  Non

SI OUI, ÉCOLE, GRADE ET ANNÉE D'OBTENTION : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Urgence / Répondants

NOM : \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE(S) : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

**Déficiance auditive**  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 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Je comprends qu'à moins d'une annulation par le Club pour manque d'inscriptions, cas majeurs 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

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