



**CLUB DE PLONGEON VARENNES**  
**FICHE D'INSCRIPTION**  
**17 AU 21 JUILLET 2017**

**PARTICIPANT**

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ TÉL RÉSIDENCE : \_\_\_\_\_

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

**INSCRIPTION**

Camp d'entraînement (8h30 à 16h) 190,00 \$

Service de garde\* (6h45 à 8h30 et 16h à 18h15) 38,00 \$

\*Le service de garde sera pris en charge par le camp aquatique du complexe aquatique.

TOTAL (taxes incluses) : \_\_\_\_\_ \$

J'autorise le club de plongeon à utiliser les photos prises dans le cadre du camp à des fins de publicité ou pour diffusion sur le site internet

Faire le chèque au nom du *Club de plongeon de Varennes*.  
Indiquer le nom du plongeur au dos du chèque.





CAMP DE JOUR 2017

**CLUB DE PLONGEON VARENNES**  
**FICHE SANTÉ**

**PARTICIPANT**

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ SEXE :  F  M

ADRESSE PRINCIPALE : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

TÉL RÉSIDENCE : \_\_\_\_\_ COURRIEL : \_\_\_\_\_

# ASSURANCE MALADIE : \_\_\_\_\_ EXP : \_\_\_\_\_

Le participant souffre-t-il de maladies, allergies ou malaises particuliers?  OUI  NON

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

# Carte loisir de la ville de Varennes : \_\_\_\_\_

**PARENT OU TUTEUR REONSABLE**

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_  
(Si différent du participant)

TÉL. RÉSIDENCE : \_\_\_\_\_ TÉL. CELLULAIRE : \_\_\_\_\_

TÉL. AU BUREAU : \_\_\_\_\_ COURRIEL : \_\_\_\_\_

**PERSONNE À JOINDRE EN CAS D'URGENCE**

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

LIEN AVEC LE PARTICIPANT : \_\_\_\_\_

TÉL. RÉSIDENCE : \_\_\_\_\_ TÉL. CELLULAIRE : \_\_\_\_\_

TÉL. AU BUREAU : \_\_\_\_\_

En signant la présente, j'autorise le Club de Plongeon de Varennes à prodiguer les premiers soins nécessaires au participant. J'autorise également le Club de plongeon de Varennes à transporter mon enfant par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire s'il le juge nécessaire.

*Pour un participant de 17 ans et moins, un parent ou un tuteur doit signer ce formulaire.*

\_\_\_\_\_  
Nom (en lettre moulée)

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

 clubdeplongeonvarennes.com

 info@clubdeplongeonvarennes.com

 450 929-2782 poste 205

 131, Chemin du Petit-Bois,  
Varennes, Québec J3X 1P7