



Club de nage synchronisée Les Nixines

## Fiche d'inscription 2009-2010

### Renseignements généraux sur l'enfant :

Nom de l'enfant :	Groupe d'inscription 09-10 :
Date de naissance :	No de carte Accès-loisir :

Adresse postale :	_____
	no civique Rue
	_____
	Municipalité Code postal

### Renseignements sur les parents :

Nom de la mère :			
Nom du père :			
No de téléphone de référence pour le Club :	Inscrire ici les numéros de téléphone que vous souhaitez voir inscrits à la liste téléphonique du Club Les Nixines des entraîneurs et des nageuses		
	Numéro résidence :	2 <sup>e</sup> numéro résidence (s'il y a lieu) :	
	_____	_____	
	Mère : <input type="checkbox"/> Père : <input type="checkbox"/>	Mère : <input type="checkbox"/> Père : <input type="checkbox"/>	
Adresses courriels :	Inscrire ici les adresses courriels que vous souhaitez voir inscrits à la liste du Club Les Nixines des entraîneurs et des nageuses.		
	(Cette adresse servira à vous envoyer de l'information par courriel <u>au lieu</u> de papiers. Donc, ne rien inscrire si vous ne l'utilisez pas régulièrement).		
	Courriel :	2 <sup>e</sup> courriel (si nécessaire) :	
	_____	_____	
	Mère : <input type="checkbox"/> Père : <input type="checkbox"/>	Mère : <input type="checkbox"/> Père : <input type="checkbox"/>	

Acceptez-vous que des photos de votre enfant soient utilisées à des fins de publicité ou promotion pour le Club Les Nixines (journal interne, feuillets d'informations, journaux locaux, babillard, site web des Nixines):

Oui : \_\_\_\_\_ Non : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

SVP remplir cette fiche à la maison pour accélérer le service lors de l'inscription



**Informations obligatoires en cas d'urgence**  
**Année 2009-2010:**

<b>Nom de l'enfant :</b> _____ <b>Date de naissance :</b> _____	
<b>Groupe attitré :</b> _____	
No d'assurance maladie de l'enfant:	_____
Date d'expiration :	_____

	Mère :	Père (si différent) :
Téléphone :	_____	_____
Téléphone au travail :	_____	_____
Cellulaire ou pagette:	_____	_____

Autre personne à contacter en cas d'urgence si les parents ne peuvent être rejoints :	Nom : _____ Lien : _____
	No téléphone : _____

Votre enfant présente-t-il des particularités au niveau de sa santé ?

Asthme chronique :	Non : <input type="checkbox"/>	Oui : <input type="checkbox"/> Si oui, il est essentiel que l'enfant apporte ses pompes lors des entraînements et en informer l'entraîneur
Allergies alimentaires :	Non : <input type="checkbox"/>	Oui : <input type="checkbox"/> Si grave, il est essentiel que l'enfant apporte son médicament nécessaire en cas d'urgence et en informer l'entraîneur
Allergie à des médicaments :	Non : <input type="checkbox"/>	Oui : <input type="checkbox"/>
Maladie chronique :	Non : <input type="checkbox"/>	Oui : <input type="checkbox"/>
Problème d'audition :	Non : <input type="checkbox"/>	Oui : <input type="checkbox"/>
Problème de vision :	Non : <input type="checkbox"/>	Oui : <input type="checkbox"/>
Autre problème de santé :	Non : <input type="checkbox"/>	Oui : <input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu oui à une ou des questions ci-dessus, précisez les détails et les précautions à prendre :

---

---

---

Signature des parents : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

SVP remplir cette fiche à la maison pour accélérer le service lors de l'inscription