Association Régionale de Loisirs pour Personnes Handicapées des Laurentides

FICHE D'INSCRIPTION BOCCIA

DP 12 à 21 ans et 21 et plus

SESSION HIVER 2012

Les vendredis du 20 janvier au 23 mars 2012
(10 semaines/ 140$ + 10$ affiliation annuelle obligatoire)

(SVP, écrire en lettres moulées)

Identification du participant(e)

Nom de famille _____Prénom: _____

Adresse :_____ # app :_____

Ville :_____ Code postal :_____

Téléphone maison: (_____)_____Téléphone cellulaire: (_____)_____

Courriel :_____

Age :_____ Date de naissance _____/_____/_____ Sexe: M ☐ F ☐

Numéro d'assurance maladie : _____ Date d'expiration :_____

Langue(s) parlée(s) : français ☐ anglais ☐ autres :_____

Utilisez-vous le transport adapté: Oui_____ Non_____

Identification des parents/tuteurs

Nom de famille du père:_____ Prénom du père: _____

Téléphone maison: (_____)_____ Cell: (_____)_____

Téléphone bureau: (_____)_____ Courriel:_____

Nom de famille mère:_____ Prénom mère:_____

Téléphone maison: (_____)_____ Cell: (_____) _____

Téléphone bureau: (_____)_____ Courriel: _____

300, rue Longpré, bureau 100, Saint-Jérôme, Québec, J7Y 3B9
Tel : 450 431-3388 • arlphl@videotron.ca • NEQ 114 366 1495

Membre de : Loisirs Laurentides

Histoire médicale

- ☐ Déficience physique/DP
- ☐ Déficience visuelle/DV
- ☐ Déficience auditive/DA
- ☐ Déficience intellectuelle/DI
- ☐ Trouble envahissant du développement/TED
- ☐ Santé mentale/SM

Pathologie :_____

Allergies

Est-ce que le participant(e) à des allergies (médicaments, nourriture, animaux, etc.)?

Oui☐ Non☐

Si oui, quelles sont les allergies?

_____

Est-ce que l'utilisation d'une Epipen est requise? Oui ☐ Non ☐

Utilisation d'aide technique :

☐ Fauteuil roulant ☐ Marchette ☐ Langue signe québécoise

☐ Prothèse ☐ Béquilles/canne

☐ Chien d'assistance ☐ Aucune aide

Le participant(e) est-il sujet à des troubles *(cochez les troubles qu'ils (elle) possèdent)*:

Cardio-vasculaire	☐	Musculaire	☐	Syst. nerveux	☐	Étourdissement	☐
Pulmonaire (bronchite)	☐	Articulaire	☐	Hépatites B	☐	Diabètes	☐
Tension artérielle	☐	Évanouissement	☐	Osseux	☐	Visuel	☐
Incontinence	☐	Infections	☐	Asthme	☐	Otite	☐
Tendinite	☐	Cognitif	☐	Problème de comportement	☐	Problème d'attention	☐

Association Régionale de Loisirs pour Personnes Handicapées des Laurentides

Le participant(e) a t'il déjà fait une crise d'épilepsie ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, à quelle fréquence?_____ Quand a eu lieu la dernière?_____

Est-ce que le participant porte:

Un corset?	Oui	☐	Non	☐		
Des prothèses pour les jambes?	Oui	☐	Non	☐		
Si oui, veuillez préciser :	Droite	☐	Gauche	☐	Les deux	☐
Des prothèses pour les bras/ mains?	Oui	☐	Non	☐		
Si oui, veuillez préciser :	Droite	☐	Gauche	☐	Les deux	☐
Des lunettes?	Oui	☐	Non	☐		
Prothèse auditive?	Oui	☐	Non	☐		
Si oui, veuillez préciser :	Droite	☐	Gauche	☐	Les deux	☐

Habileté Boccia

Jouez-vous au boccia? oui ☐ non ☐

Si oui, laquelle : ☐ Équipe para scolaire ☐ Autres associations_____

Grandeur uniforme : ☐ **Enfant/Médium** ☐ **Enfant/Grand**

Lieu de l'activité

École de la Renaissance **19 h 00 à 20 h 30**

370 boulevard d'Annecy

Blainville

Coût de la session :

$140/10 semaines du 20 janvier au 23 mars 2012

$10/Affiliation obligatoire

Chèque : ☐ **Comptant :** ☐

Veuillez envoyer votre inscription avec votre paiement à
L'ARLPHL, 300 rue Longpré, bureau 100, St-Jérôme, PQ, J7Y 3B9

NOTE IMPORTANTE :

L'Association régionale de loisirs pour les personnes handicapées des Laurentides **N'ASSURE PAS L'ACCOMPAGNEMENT** des participants lors des activités. Vous devez donc prévoir un accompagnateur s'il y a lieu. **Les moniteurs prennent en charge les participants que pour les éléments reliés à la natation adaptée.**

Je, participant aux activités de L'ARLPHL ou parent/tuteur soussigné, déclare que le participant est physiquement et mentalement en mesure de réaliser les activités organisées par L'ARLPHL.

En tant que participant, tuteur ou curateur du participant, je soussigné déclare comprendre et accepter que cette participation à une activité sportive pourrait entraîner une blessure ou une atteinte à l'intégrité de la personne. Par conséquent, je renonce en mon nom, au nom des héritiers, représentants ou ayant droits, à tout droit ou à toute réclamation suite à un dommage corporel pouvant survenir lors de la réalisation des activités sportives organisées par L'ARLPHL.

Par sa présence ou en permettant à un participant d'être présent lors d'activités de L'ARLPHL , une autorisation est accordée pour que l'image, la voix et les propos du participant puissent être utilisés à la télévision, à la radio, dans un film, un journal, une revue ou toute autre forme non écrite par la présente et ce, à des fins publicitaires ou pour communiquer les objectifs ou pour des campagnes de souscriptions. Si je n'assiste pas en personne aux activités de L'ARLPHL, dont le participant est inscrit, en cas de nécessité, je vous autorise à prendre, à mon compte, les mesures pour le traitement médical ou l'hospitalisation que vous jugerez nécessaire pour la santé et le bien- être du participant. En tant que participant, tuteur ou curateur du participant, je soussigné déclare comprendre et accepter qu'aucun remboursement ne sera possible en cas d'absence lors des activités et ce peu importe la raison.

Signature du participant _____ **Date :** _____

Signature du parent, tuteur ou curateur _____

N.B. Le participant et son représentant s'engage à respecter le code d'éthique de l'ARLPHL.

RÉSERVER À L'ADMINISTRATION

Pour la session : ☐ **printemps** ☐ **automne** ☐ **hiver**

du :_____ **au**_____

Volet : **Boccia 12 ans et +**

Handicap : ☐ **DP** ☐ **DV** ☐ **DA** ☐ **DI** ☐ **TED** ☐ **SM**

Lieu : ☐ **École Terre-Soleil**

Heures de l'activité : ☐ **19 h 00 à 20 h 30**

Frais d'inscription : ☐ **10 semaines/ 140$** ☐ ☐ **½ session/ 70 $**

Grandeur Uniforme : ☐ **enfant/médium** ☐ **enfant/ grand**

Affiliation 10$ payée : ☐ **Oui** ☐ **À suivre** ☐ **OK reçu**

Reçu envoyé / Date : _____

Association Régionale de Loisirs pour Personnes Handicapées des Laurentides