



Association Régionale de Loisirs
pour Personnes Handicapées
des Laurentides

INSCRIPTION GOALBALL

Mixte (DV) 18 ans et +

SESSION HIVER 2012

Les vendredis du 13 janvier au 23 mars 2012

Congé le 17 février 2012

(10 semaines/ 140\$)

(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 (si nécessaire)

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 • arlph@videotron.ca • NEQ 114 366 1495

Membre de :



Histoire médicale

- Déficience visuelle/DV
- Déficience intellectuelle/DI
- Déficience auditive/DA (Goalball non accessible à cette déficience)
- Trouble envahissant du développement/TED
- Santé mentale/SM
- Déficience physique/DP

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 :

- Canne blanche
- Autre _____
- Chien guide
- Aucune aide

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

- | | | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Cardio-vasculaire | <input type="checkbox"/> | Musculaire | <input type="checkbox"/> | Syst. nerveux | <input type="checkbox"/> | Étourdissement | <input type="checkbox"/> |
| Pulmonaire
(bronchite) | <input type="checkbox"/> | Articulaire | <input type="checkbox"/> | Hépatites B | <input type="checkbox"/> | Diabète | <input type="checkbox"/> |
| Tension artérielle | <input type="checkbox"/> | Évanouissement | <input type="checkbox"/> | Osseux | <input type="checkbox"/> | Visuel | <input type="checkbox"/> |
| Incontinence | <input type="checkbox"/> | Infections | <input type="checkbox"/> | Asthme | <input type="checkbox"/> | Otite | <input type="checkbox"/> |
| Tendinite | <input type="checkbox"/> | Cognitif | <input type="checkbox"/> | Problème de
comportement | <input type="checkbox"/> | Problème
d'attention | <input type="checkbox"/> |



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, quand a eu lieu la dernière? _____ À quelle fréquence? _____

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

Habilité Goalball

Jouez-vous au Goalball ? oui non

Avez-vous déjà joué pour une équipe de Goalball ? : oui non

Si oui, laquelle : Équipe para scolaire Autres associations

Grandeur uniforme : Adulte/Petit Adulte/Médium Adulte/Grand

Lieu de l'activité : Polyvalente Sainte-Thérèse 19h00 à 21h00 (vendredi)
401 boul Du Domaine,
Sainte-Thérèse

Coût de la session :

\$140/ 10 semaines du 13 janvier au 23 mars 2012

Congé le 17 février 2012

\$10 Affiliation annuelle obligatoire (1 avril 2011 au 31 mars 2012)

Chèque :

Comptant :

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

Pour nous rejoindre: Bureau 450 431-3388 Courriel arlph@videotron.ca



Association Régionale de Loisirs
pour Personnes Handicapées
des Laurentides

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. **L'équipe prend en charge les participants que pour les éléments reliés au goalball.**

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 ou tuteur ou curateur _____

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

Pour la session :	<input type="checkbox"/> automne 2011	<input type="checkbox"/> hiver 2012	<input type="checkbox"/> printemps 2012
Activité:	<input type="checkbox"/> Goalball		
Groupe :	<input type="checkbox"/> Mixte/ 12-16 ans <input type="checkbox"/> Mixte / 17 ans et +		
Handicap :	<input type="checkbox"/> DP <input type="checkbox"/> DV <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> DI <input type="checkbox"/> TED <input type="checkbox"/> SM <input type="checkbox"/> Participant non handicapé		
Lieu :	<input type="checkbox"/> Polyvalente Sainte-Thérèse		
Frais d'inscription :	<input type="checkbox"/> 10 semaines/ 140\$ <input type="checkbox"/> OK payé <input type="checkbox"/> paiement à suivre (<input type="checkbox"/> OK reçu)		
Affiliation :	<input type="checkbox"/> 10\$ <input type="checkbox"/> OK payé <input type="checkbox"/> paiement à suivre/(<input type="checkbox"/> OK reçu) <input type="checkbox"/> Déjà membre(2011-2012)		
Grandeur Uniforme :	Enfant <input type="checkbox"/> petit <input type="checkbox"/> médium <input type="checkbox"/> large Adulte <input type="checkbox"/> petit <input type="checkbox"/> médium <input type="checkbox"/> large <input type="checkbox"/> x-large		
Reçu envoyé / Date :	_____		



Association Régionale de Loisirs
pour Personnes Handicapées
des Laurentides