



Association Régionale de Loisirs
pour Personnes Handicapées
des Laurentides

INSCRIPTION MINI-BASKETBALL EN FAUTEUIL ROULANT

Mixte de 10 à 16 ans

Les Mini Kodiaks ARLPH Laurentides

SESSION HIVER 2012

**Les dimanches du 8 janvier au 11 mars 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

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 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
- LSQ/langue signes 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 | <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"/> | Diabètes | <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"/> |

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

Habilitéé basketball

Jouez-vous au basketball en fauteuil roulant? oui non

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

Si oui, laquelle : Les mini Kodiaks Équipe para scolaire Autres Villes

Grandeur uniforme : Enfant/Médium Enfant/Grand Adulte/petit A/medium A/ large

Lieu de l'activité : École des Hauts Sommets 9h30 à 12h00 (Dimanche)
1000, 112^{ème} avenue,
Saint-Jérôme

Coût de la session :

\$140/ 10 semaines du 8 janvier au 11 mars 2012

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

Chèque :

Comptant :

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

Pour nous rejoindre: Bureau 450 431-3388

Courriel arplhl@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. **Le gérant et l'entraîneur ARLPHL prennent en charge les participants que pour les éléments reliés au basketball en fauteuil roulant.**

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.

Pour la session :	<input type="checkbox"/> automne 2011	<input type="checkbox"/> hiver 2012	<input type="checkbox"/> printemps 2012				
Équipe basketball :	<input type="checkbox"/> Mini Kodiaks ARLPHL	<input type="checkbox"/> Kodiaks ARLPHL (Division AA)					
Groupe :	<input type="checkbox"/> Mixte/ 6 ans à 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"/> École des Hauts Sommets de Saint-Jérôme						
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