



Association Régionale de Loisirs  
pour Personnes Handicapées  
des Laurentides

## INSCRIPTION : PRINTEMPS 2012

### CLUB/ ÉCOLE DE PARANATATION LES DAUPHINS ARLPH

Les samedis 21 avril au 26 mai 2012  
(5 semaines/ 70\$ + 10\$ affiliation annuelle obligatoire pour les nouveaux)

**ATTENTION : Aucun cours le 28 avril 2012**

DP/DI	Jeunesse	Centre RécréoAquatique de Blainville	12 h 00 à 13 h 00
DP/DI	Adulte	Centre RécréoAquatique de Blainville	13 h 00 à 14 h 00
DV	Groupe 1	Centre Aquatique de Saint-Eustache	16 h 30 à 17 h 30
DV	Groupe 2	Centre Aquatique de Saint-Eustache	17 h 30 à 18 h 30
DA	6 ans et +	Centre Aquatique de Saint-Eustache	17 h 30 à 18 h 30

(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 \_\_\_\_\_

En cas d'urgence contactez : Nom : \_\_\_\_\_ Numéro : \_\_\_\_\_



## **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<br>(bronchite) | <input type="checkbox"/> | Articulaire    | <input type="checkbox"/> | Hépatite 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<br>comportement | <input type="checkbox"/> | Problème<br>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, 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

### Transfert à l'eau :

1- seul      2 – assistance      3- descendre avec fauteuil roulant aquatique

### Accompagnateur :

J'ai besoin d'un accompagnateur durant la formation : oui  non

J'ai déjà un accompagnateur  Je dois me trouver un accompagnateur

Nom de l'accompagnateur : \_\_\_\_\_

### Habilité aquatique

Savez-vous nager? oui  non

Avez-vous déjà suivi des cours de natation? : oui  non

Si oui, en quelle année \_\_\_\_\_ Niveau Croix-Rouge \_\_\_\_\_

### Grandeur T-Shirt :

Enfant	<input type="checkbox"/>	petit	<input type="checkbox"/>	médium	<input type="checkbox"/>	large	<input type="checkbox"/>	x-large	<input type="checkbox"/>	xx-large
Adulte	<input type="checkbox"/>	petit	<input type="checkbox"/>	médium	<input type="checkbox"/>	large	<input type="checkbox"/>	x-large	<input type="checkbox"/>	xx-large



Association Régionale de Loisirs  
pour Personnes Handicapées  
des Laurentides

**Lieu de l'activité (cours/entraînement par bloc de 1 h par groupe)**

**CENTRE RÉCRÉOQUATIQUE DE BLAINVILLE  
190 RUE MARIE-CHAPELEAU  
BLAINVILLE**

**Cochez l'activité choisie**

Cours de natation adaptée (para natation)

Club de natation adaptée (para natation)

Déficiência physique (DP): Jeunesse 12h00 à 13h00

Déficiência physique (DP): Adulte 13h00 à 14h00

Déficiencies intellectuelle (DI) : Jeunesse 12h00 à 13h00

Déficiencies intellectuelle (DI) : Adulte 13h00 à 14h00

**COMPLEXE AQUATIQUE SAINT-EUSTACHE  
230 BOUL. ARTHUR-SAUVÉ  
SAINT-EUSTACHE**

**Cochez l'activité choisie**

Cours de natation adaptée (para natation)

Club de natation adaptée (para natation)

Déficiência visuelle (DV) groupe 1 16 h 30 à 17 h 30

Déficiência visuelle (DV) groupe 2 17 h 30 à 18 h 30

Déficiência auditive (DA) 6 ans et + 18 H30 à 19 H 30

**Coût de la session (1 heure semaine) :**

**\$70/ 5 semaines du 21 avril au 26 mai 2012**

**\$10 Affiliations 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](mailto: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. **Les moniteurs & entraîneurs prennent en charge les participants que pour les éléments reliés à la natation adaptée (para natation).**

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.**

<b>Pour la session :</b>	<input type="checkbox"/> automne 2011	<input type="checkbox"/> hiver 2012	<input type="checkbox"/> printemps 2012			
<b>Volet :</b>	<input type="checkbox"/> École paranatation Les Dauphins	<input type="checkbox"/> Club paranatation Les Dauphins ARLPHL				
<b>Groupe :</b>	<input type="checkbox"/> Enfant (6-11 ans)	<input type="checkbox"/> Adolescent (12-17 ans)	<input type="checkbox"/> Adulte (18 ans +)			
<b>Handicap :</b>	<input type="checkbox"/> DP	<input type="checkbox"/> DV	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> DI	<input type="checkbox"/> TED	<input type="checkbox"/> SM
<b>Piscine :</b>	<input type="checkbox"/> Centre Récréoaquatique de Blainville	<input type="checkbox"/> Centre Aquatique de Saint-Eustache				
<b>Frais d'inscription :</b>	<input type="checkbox"/> 5 semaines/ 70\$	<input type="checkbox"/> OK payé	<input type="checkbox"/> paiement à suivre	<input type="checkbox"/> OK reçu		
<b>Affiliation :</b>	<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)	
<b>Grandeur T-Shirt :</b>	<b>Enfant</b>	<input type="checkbox"/> petit	<input type="checkbox"/> médium	<input type="checkbox"/> large		
	<b>Adulte</b>	<input type="checkbox"/> petit	<input type="checkbox"/> médium	<input type="checkbox"/> large	<input type="checkbox"/> x-large	
<b>Reçu envoyé / Date :</b>	_____					



Association Régionale de Loisirs  
pour Personnes Handicapées  
des Laurentides