



Club d'escrime du Roussillon

## Formulaire d'inscription - Automne 2022

Courriel : escrime\_roussillon@hotmail.com

**Ste-Catherine**  
(13 sem.)

Jeudi débutant et intermédiaire  
18 h 30 h à 19 h 45

Jeudi intermédiaire et avancé  
19 h 45 h à 21 h

**Coût : 175\$** (+ Fr. adm. + Équip. + FEQ + Gant)  
Centre communautaire Aimé-Guérin (gymnase)  
13 sept. au 6 déc. 2022  
Équipement : Coût selon l'équipement en votre possession

**Mercier**  
(12 sem.)

Samedi débutant et intermédiaire  
9 h à 10 h 15

**Coût : 180\$** (+ Fr. adm. + Équip. + FEQ + Gant)  
École Saint-René (Mercier) - Entrée gymnase  
17 sept. au 10 déc. 2022 Relâche le 8 oct. 2022  
Équipement : Coût selon l'équipement en votre possession

**Mercier**  
(12 sem.)

Samedi intermédiaire et avancé  
10 h 30 à 12 h

**Coût : 180\$** (+ Fr. adm. + Équip. + FEQ + Gant)  
École Saint-René (Mercier) - Entrée gymnase  
17 sept. au 10 déc. 2022 Relâche le 8 oct. 2022  
Équipement : Coût selon l'équipement en votre possession

**Autres frais : ADM : 10\$ / FEQ : 40\$ (non-compétitive), 71\$ (compétitive) / GANT : 30\$ / ÉQUIPEMENT : Masque (15\$), Plastron (15\$), Arme (10\$), Tout (30\$/session) PRÉVOIR UN CHÈQUE DE DÉPÔT POUR LA LOCATION DE L'ÉQUIPEMENT**

**Athlète : (dans le cas d'un adulte s.v.p. compléter dans la section Parent ou Tuteur les éléments : numéro tél, cellulaire et courriel)**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : M ( ) F ( )  
(Jour / Mois / Année)

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

**Parents ou Tuteur :**

Nom du Parent : \_\_\_\_\_ Nom du Parent : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Cellulaire : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

Courriel du parent : \_\_\_\_\_

**Autre numéro de téléphone en cas d'urgence**

Nom : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_



## **Fiche médicale**

Nom de l'escrimeur : \_\_\_\_\_

Numéro de la carte d'assurance maladie : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

Date du dernier vaccin reçu contre le tétanos : \_\_\_\_\_

**Je confirme que le participant a son passeport vaccinal (selon les exigences gouvernementales) : \_\_\_\_\_**

Souffrez-vous de ? : Si oui, veuillez cocher et spécifier :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asthme _____               | <input type="checkbox"/> Troubles digestifs _____     |
| <input type="checkbox"/> Troubles de la vue _____   | <input type="checkbox"/> Maux de tête fréquents _____ |
| <input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques _____ | <input type="checkbox"/> Problème respiratoires _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabète _____              | <input type="checkbox"/> Épilepsie _____              |
| <input type="checkbox"/> Maladie de peau _____      | <input type="checkbox"/> Handicap physique _____      |

Autres :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Remarques :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **ALLERGIES**

Souffrez-vous d'allergies ? Si oui, veuillez cocher et spécifier :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Médicaments : _____ | <input type="checkbox"/> Aliments : _____ |
| <input type="checkbox"/> Animaux : _____     | <input type="checkbox"/> Autres : _____   |

### **ÉTAT PHYSIQUE ACTUEL**

Restriction physique :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Remarques :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alimentation particulière pour raison de :  Santé  Religion  Choix personnel

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si vous prenez des médicaments, indiquez ci-dessous toute information pertinente en cas d'urgence (nom du médicament, prescription, dosage, fréquence, effets secondaires, etc...).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Parent ou tuteur



## RECONNAISSANCE DE RISQUE, DÉCHARGE ET RENONCIATION

Je soussigné, \_\_\_\_\_ reconnais que la

Nom de l'athlète

pratique de l'escrime comporte l'existence de risque de blessures et d'accidents. Je déclare connaître la nature et l'étendu de ces risques, j'accepte librement et volontairement de les courir et je libère le Club d'escrime du Roussillon, ses entraîneurs, ses officiels, ses membres, ses dirigeants et ses organisateurs de compétitions, et renonce à tout droit, réclamation, demande ou poursuite découlant de pertes, blessures ou dommages subis durant, ou suite à la pratique de l'escrime ou suite à ma participation aux voyages et déplacements reliés à la pratique de l'escrime.

EN FOI DE QUOI, j'ai signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_  
Nom de la ville Date

SIGNATURE DE L'ATHLÈTE : \_\_\_\_\_

Je \_\_\_\_\_, soussigné(e), détenteur de l'autorité parentale ou tuteur de l'enfant mineur, déclare avoir pris connaissance de la déclaration imprimée ci-dessus et consent à ce qu'il(elle) participe à toutes les activités reliées à la pratique de l'escrime.

EN FOI DE QUOI, j'ai signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_  
Nom de la ville Date

SIGNATURE DU PARENT OU TUTEUR : \_\_\_\_\_  
(si l'athlète est mineur)