



PISCINE VALOIS POOL – INSCRIPTION

1. Compléter la section I – information pour contact du membre.
2. Compléter la section II – activités choisies pour chaque membre.
3. Calculez les honoraires totaux (voir www.piscinevaloispool.ca pour les détails) Paiement par argent comptant ou chèque payable à : **Piscine VCA.**
4. Fournir une photo récente de chaque membre.
5. Signer la section III

SECTION I - Informations pour contact du membre

NOM DE FAMILLE : _____

Adresse: _____ Code Postal: _____

Téléphone No.: _____ No. D'Urgence: _____

Courriel : _____

SECTION II – Activités choisies pour chaque membre

NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	SEXE	PHOTO
----------------	--------	-------------------	------	-------

1. _____	M / F	<input type="checkbox"/>
----------	-------	--------------------------

Numéro de carte d'assurance maladie _____ date d'exp. ____ / ____ .

Medical Alert _____ .

Cours natation: niveau: _____ Temps: _____ .

Éq. natation Guppies Maîtres

Éq. synchro Cours synchro Aquaforme

Éq. plongeon Cours plongeon

Éq. Waterpolo Cours waterpolo Médailles et croix

2. _____	M / F	<input type="checkbox"/>
----------	-------	--------------------------

Numéro de carte d'assurance maladie _____ date d'exp. ____ / ____ .

Medical Alert _____ .

Cours natation: niveau: _____ Temps: _____ .

Éq. natation Guppies Maîtres

Éq. synchro Cours synchro Aquaforme

Éq. plongeon Cours plongeon

Éq. Waterpolo Cours waterpolo Médailles et croix

3. _____ M / F

Numéro de carte d'assurance maladie _____ date d'exp. _____ / _____.

Medical Alert _____.

Cours natation: niveau: _____ Temps: _____.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Éq. natation | <input type="checkbox"/> Guppies | <input type="checkbox"/> Maîtres |
| <input type="checkbox"/> Éq. synchro | <input type="checkbox"/> Cours synchro | <input type="checkbox"/> Aquaforme |
| <input type="checkbox"/> Éq. plongeon | <input type="checkbox"/> Cours plongeon | |
| <input type="checkbox"/> Éq. Waterpolo | <input type="checkbox"/> Cours waterpolo | <input type="checkbox"/> Médailles et croix |

4. _____ M / F

Numéro de carte d'assurance maladie _____ date d'exp. _____ / _____.

Medical Alert _____.

Cours natation: niveau: _____ Temps: _____.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Éq. natation | <input type="checkbox"/> Guppies | <input type="checkbox"/> Maîtres |
| <input type="checkbox"/> Éq. synchro | <input type="checkbox"/> Cours synchro | <input type="checkbox"/> Aquaforme |
| <input type="checkbox"/> Éq. plongeon | <input type="checkbox"/> Cours plongeon | |
| <input type="checkbox"/> Éq. Waterpolo | <input type="checkbox"/> Cours waterpolo | <input type="checkbox"/> Médailles et croix |

5. _____ M / F

Numéro de carte d'assurance maladie _____ date d'exp. _____ / _____.

Medical Alert _____.

Cours natation: niveau: _____ Temps: _____.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Éq. natation | <input type="checkbox"/> Guppies | <input type="checkbox"/> Maîtres |
| <input type="checkbox"/> Éq. synchro | <input type="checkbox"/> Cours synchro | <input type="checkbox"/> Aquaforme |
| <input type="checkbox"/> Éq. plongeon | <input type="checkbox"/> Cours plongeon | |
| <input type="checkbox"/> Éq. Waterpolo | <input type="checkbox"/> Cours waterpolo | <input type="checkbox"/> Médailles et croix |

Dérégation:

SECTION III

Advenant que mon enfant mineur soit dans le besoin de soin médical de secours et que je ne sois pas présent (ou la personne indiqué comme responsable) j'autorise par ceci le personnel de la piscine de Valois et/ou le personnel médical qualifié à administrer les traitements médicaux appropriés. Tous les efforts raisonnables seront faits afin de tenter de me contacter.

Pour votre propre protection, les maîtres nageurs devraient être au courant de toutes conditions médicales. Cette information demeurera confidentielle.

Signature : _____ Date : _____

Montant de paiement ci-joint : _____ No. de chèque: _____