**12ans et moins**

**CAMP D’ÉTÉ DE DÉVELOPPEMENT**

**FORMULAIRE D’INFORMATION DU PARTICIPANT**

Veuillez remplir un formulaire par athlète. Les athlètes de 10 à 12 ans âge synchro au début du camp peuvent s'inscrire (année de naissance 2007, 2008, 2009).

**Veuillez fournir votre adresse e-mail ci-dessous pour recevoir votre confirmation d'inscription et toutes les informations importantes relatives au camp**.

POUR QUE LES FORMULAIRES D'INSCRIPTION SOIENT TRAITÉS, TOUTES LES SECTIONS DOIVENT ÊTRE REMPLIES, ET LE PAIEMENT DOIT ËTRE REÇU.

|  |
| --- |
| **ATHLÈTE:** |
| NOM:       | PRÉNOM:       |
| DDN:       (MM)/       (JJ)/       (AA) | ÂGE:       |
| ADRESSE:       | VILLE:  |
| GARÇON: [ ]  FILLE: [ ]  |  |
|  |  |
| **PARENT/ TUTEUR:** |
| 1. NOM, PRÉNOM:
 | COURRIEL:       |
| TÉL DE JOUR #:       |  |
| RELATION À L’ATHLÈTE: |  |
|  |  |
| 1. NOM, PRÉNOM:
 | COURRIEL:       |
| TÉL DE JOUR #:       |  |
| RELATION À L’ATHLÈTE: |  |
|  |  |
| **CONTACT D’URGENCE (Autre que parent, doit être un résident de Gatineau/Ottawa)** |
| NOM, PRÉNOM:       | Relation à l’athlète:       |
| TÉL#: travail       | Cell:       |
|  |  |
| **PERSONNE AUTORISÉ À VENIR CHERCHER MON ENFANT** |
| La personne suivante est autorisée à venir chercher mon enfant et peut être contacté par un employé de Natation Artistique Canada quand le parent/ tuteur ne peut être rejoindre.  |
| **RELATION:**  |
| NOM:       | PRÉNOM:       |
| TÉL MAISON:       | TÉL TRAVAIL:       |
| CELL: |  |

Les participants de 11 ans et moins doivent être enregistrés par signature à leur arrivée et leur départ par un parent / tuteur ou une personne de plus de 16 ans. **Si votre enfant a 12 ans ou plus, a-t-il la permission d'être libéré par lui-même à la fin de leur journée de camp?**

**[ ]  OUI** **[ ]  NON**

**Signature du parent/ tuteur:**

DIFFUSION PHOTO

*Pendant les camps de jour, les médias numériques peuvent être utilisés à des fins médiatiques ou de marketing. Si vous souhaitez que votre enfant participe à un film ou à une séance photo, veuillez signer le communiqué ci-dessous.*

J'accepte d'accorder à Natation Artistique Canada la permission de prendre et de publier des photos et des vidéos en mouvement, ou de publier celles qui ont déjà été prises de mon enfant. Ces images seront utilisées par Natation Artistique Canada à des fins d'affichage et de promotion seulement.

[ ]  J’autorise la prise de photos/ vidéos de mon enfant
[ ]  Je n’autorise pas la prise de photos/ vidéos de mon enfant

Nom du Parent/ Tuteur:

**Signature du Parent/ Tuteur:**

**APTITUDE À LA NATATION**

Mon enfant est capable de nager bien en eau profonde sans aide [ ]  OUI [ ]  NON

**INFORMATION MÉDICALE**

Médecin de famille:       Tél:

Numéro d’assurance maladie:

**Est-ce que votre enfant a des conditions spéciales, médicale ou de comportement dont nous devrions savoir?** [ ]  **OUI** [ ]  **NON**

Si oui, précisez:

**Votre enfant utilise-t-il une pompe?** **[ ]  OUI** **[ ]  NON**

**A-t-il un Epi-Pen?** **[ ]  OUI** **[ ]  NON pour:**

Porte-il un bracelet d’alerte médicale: **[ ]  OUI [ ]  NON pour:**

**Allergies:**

Saisonnier: **[ ]  OUI [ ]  NON Médication:**

Médicaments: **[ ]  OUI [ ]  NON Médication:**

Nourriture: **[ ]  OUI [ ]  NON Médication:**

Insecte:  **[ ]  OUI [ ]  NON Médication:**

Autre:  **[ ]  OUI [ ]  NON Médication:**

Besoins diététiques ou restrictions (veuillez préciser ci-dessous):

[ ]  Sans Gluten [ ]  Intolérance au lactose [ ]  Végétarien [ ]  Arachide

[ ]  Autre:

Avez-vous des préoccupations au sujet du développement de votre enfant? (S'il vous plaît, expliquez)

Est-ce que votre enfant a des préoccupations avec ce qui suit? (Vérifiez s'il vous plaît)

Physique: [ ]  Vision, [ ]  l’ouie [ ]  la parole, [ ]  nutrition, [ ]  maladresse,

[ ]  somnolence, [ ]  autre:

Comportement: [ ]  hyperactif, [ ]  aggresivité, [ ]  timidité,

[ ]  malheureux, [ ]  autre:

**DÉCLARATION MÉDICALE**

En cas d'urgence ou de maladie, tous les efforts seront faits pour contacter les parents ou les tuteurs. Dans le cas où le contact ne peut être établi, je conviens qu'en cas d'urgence ou de maladie, un préposé médical qualifié peut s'occuper de mon enfant.

[ ]  J’accepte [ ]  Je n’accepte pas

**Signature parent/ tuteur** Date:

**PAIEMENT, ANNULATIONS ET REMBOURSEMENTS**

Vous recevrez une confirmation d'inscription à la réception du paiement et de vos formulaires remplis. Le paiement intégral par transfert électronique de fonds (TEF) est requis avec votre inscription en ligne pour réserver la place de votre enfant. Si le paiement complet n'est pas reçu au moment de l’inscription, Natation Artistique Canada se réserve le droit d'annuler l'inscription sans préavis. Si vous n'avez pas reçu votre confirmation d'inscription par courriel après votre inscription et votre paiement en ligne, veuillez communiquer avec Jennifer par courriel à jennifer@artisticswimming.ca pour vous assurer que votre inscription a bien été reçue.

Les demandes d'annulation doivent être faites par écrit et envoyées à Jennifer par courriel à jennifer@artisticswimming.ca . Aucune demande d'annulation n'est admissible à un remboursement, à l'exception d'une raison médicale. Une note du médecin est requise pour les annulations et les remboursements pour des raisons médicales.

[ ]  **J'ai lu et compris la déclaration d'annulation et de remboursement.**

**Signature:**

**POLITIQUES ET CONSENTEMENT**

**DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ, AUTORISATION ET CONSENTEMENT**

**Initiale du Parent/Tuteur:**

JE RECONNAIS QUE la participation de mon enfant aux activités du camp peut comporter certains risques pour sa santé et sécurité. **[ ]  OUI** **[ ]  NON**

En enregistrant mon enfant, j'ACCEPTE donc sa participation aux activités et le fait à ses propres risques et ni Natation Artistique Canada, UniGym, Centre Sportif de Gatineau, ni ses employés et sous-contracteurs, ni ses bénévoles ne seront responsables de toute perte, des dommages ou des blessures quels qu'ils soient qui peuvent survenir pendant une partie de sa participation. S'il y a lieu, je m'engage à informer Natation Artistique Canada de toute condition médicale particulière de mon enfant et de ses antécédents médicaux. Si mon enfant a un accident ou tombe malade et que le personnel de Natation Artistique Canada ne peut communiquer avec les personnes nommées sur ce formulaire, J'AUTORISE le personnel de Natation Artistique Canada à agir pour mon enfant, au cas où une intervention s'impose d'urgence. **[ ]  OUI [ ]  NON**

Le participant ou le parent / tuteur du participant ACCEPTE de payer pour les services d'ambulance requis et autorise le Centre Sportif Gatineau et UniGym à envoyer le participant directement à l'hôpital en ambulance à sa discrétion. **[ ]  OUI [ ]  NON**

JE M’ENGAGE À avertir Natation Artistique Canada de tout changement dans l’état de santé et les informations médicales de mon enfant. **[ ]  OUI [ ]  NON**

**Je certifie que toutes les informations ci-dessus sont actuelles et exactes au meilleur de ma connaissance..**

Parent/Tuteur:

Prénom et Nom:

Signature Parent/Tuteur :

Date:

**SVP sauvegarder le document avec le titre suivant:**

**Inscription-<nom de l’athlète>**

**Exemple : Inscription-JenniferLanglois**

**Et faire parvenir par courriel à** **jennifer@artisticswimming.ca** **dans les 48 heures après avoir compléter votre insciptions et paiement.**