



# C A D L

Club d'Athlétisme Dynamique de Laval Inc.

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION – SAISON 2017-2018

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

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

N° de téléphone \_\_\_\_\_

**Courriel de l'athlète :** \_\_\_\_\_

**Courriel des parents :** \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Sexe  F  M

N° d'assurance maladie \_\_\_\_\_

N° Carte Avantage de Ville de Laval \_\_\_\_\_

Nom du père, de la mère ou du tuteur \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà fait partie d'un club d'athlétisme?  oui  non Si oui, lequel? \_\_\_\_\_

Autre personne à contacter en cas d'urgence \_\_\_\_\_ N° de téléphone \_\_\_\_\_

Nom du médecin habituel \_\_\_\_\_

Nom de l'hôpital \_\_\_\_\_ N° de dossier \_\_\_\_\_

Avez-vous des problèmes de santé?  oui  non Si oui, lesquels? \_\_\_\_\_

Devez-vous prendre des médicaments?  oui  non Si oui, lesquels? \_\_\_\_\_

Je déclare avoir subi un examen médical au cours des trois derniers mois et a été déclaré apte à pratiquer l'athlétisme ou tout autre sport connexe. J'accepte et je reconnais que la pratique de l'athlétisme comporte des risques inhérents de blessure et j'accepte de respecter les normes de sécurité imposées par l'entraîneur.

Je déclare avoir pris connaissance des "Règlements régissant le statut de membre-athlète". **Lors des compétitions, l'athlète s'engage à faire ses épreuves. Si l'athlète n'a pas une raison valable pour ne pas participer, ce dernier payera les frais de ses épreuves.**

Je consens à ce que différentes photos ou vidéos de l'athlète, prises lors d'activités diverses du club, soient publiées dans les outils de communication tels que notre site internet et nos médias sociaux (page officielle administrée par le club).

Date \_\_\_\_\_

Signature de l'athlète

Signature du parent ou tuteur,  
si l'athlète est âgé de moins de 18 ans