



HOCKEY OUTAOUAIS – INSCRIPTION PRÉ-CAMP 2012

Afin d'avoir la possibilité d'être invité à participer au camp d'entraînement d'une équipe AA régional au mois d'août 2012, tout joueur doit participer à ce pré-camp. Une participation complète au pré-camp est obligatoire.

A noter que lorsque disponible les informations comme l'horaire, les groupes ou autres directives, seront affichées sur le site internet de Hockey Outaouais à l'adresse suivante : <http://www.hockeyoutaouais.com>

COORDONNÉES DU JOUEUR

Nom :	_____	Prénom :	_____
Adresse :	_____ _____		
Association hockey mineur:	_____		
Date de naissance : (JJ/MM/AA)	_____	Âge :	_____
		Sexe :	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Taille :	_____ cm	Poids :	_____ kg
Pour la saison 2012-2013 : (prochaine saison)			
Division:	Pee Wee <input type="checkbox"/>	Bantam <input type="checkbox"/>	
Position :	Centre <input type="checkbox"/>	Ailier <input type="checkbox"/>	Défenseur <input type="checkbox"/> Gardien <input type="checkbox"/>
Tir :	Gaucher <input type="checkbox"/>	Droitier <input type="checkbox"/>	
Équipe (Saison 2011-2012) :			
_____ (Nom équipe, division, classe)			

Téléphone :	_____		
Courriel :	_____		

Votre signature atteste l'exactitude de l'information fournie dans le présent document.

Signature du parent : _____ Signature du joueur : _____

SVP envoyez votre chèque au montant de **80,00 \$** (daté du 1^{er} avril 2012) au nom de **Hockey Outaouais** accompagné de la feuille d'inscription ainsi que la fiche médicale à l'adresse suivante :

**33 rue de la Péribonka, Gatineau, Québec
J8P 7H8**

******* DATE LIMITE : 1 FÉVRIER 2012 *******



HOCKEY OUTAOUAIS – INSCRIPTION PRÉ-CAMP 2012

FICHE D'INFORMATION MÉDICALE

Nom : _____

Date de naissance : _____ Jour _____ Mois _____ Année _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

N° d'assurance maladie _____

Nom de la mère : _____ Nom du père : _____

Numéros de téléphone au travail : Mère _____ Père _____

Autre personne à joindre en cas d'urgence (si les parents ne sont pas disponibles)

Nom : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

Nom du médecin : _____ Téléphone : _____

Date du dernier examen médical complet : _____

* Avant qu'un joueur participe à un programme de hockey, toute maladie ou blessure devrait être vérifiée par le médecin de famille du joueur.

Veuillez encercler la réponse appropriée et fournir des détails si vous répondez « oui » à une des questions.

- | | | |
|-----|-----|--|
| Oui | Non | Commotions cérébrales antérieures |
| Oui | Non | Épisodes d'évanouissement pendant l'exercice |
| Oui | Non | Épileptique |
| Oui | Non | Porte des lunettes |
| Oui | Non | Les verres sont-ils incassables? |
| Oui | Non | Porte des lentilles cornéennes |
| Oui | Non | Porte un appareil dentaire |
| Oui | Non | Problème d'ouïe |
| Oui | Non | Asthme |
| Oui | Non | Trouble respiratoire pendant l'exercice |
| Oui | Non | Trouble cardiaque |
| Oui | Non | Diabétique – Type 1 _____ Type 2 _____ |



HOCKEY OUTAOUAIS – INSCRIPTION PRÉ-CAMP 2012

Oui Non Prend des médicaments
Oui Non Allergies
Oui Non Porte un bracelet ou un collier d'information medical Pourquoi? _____

Oui Non Problème de santé pouvant nuire à sa participation à une équipe de hockey
Oui Non A subi des blessures requérant une intervention médicale au cours de la dernière année
Oui Non Hospitalisé au cours de la dernière année
Oui Non Chirurgie au cours de la dernière année
Oui Non Présentement blessé. Partie corporelle blessée : _____
Oui Non Vaccinations à jour Date du dernier vaccin contre le tétanos : _____
Oui Non Vaccin contre l'hépatite B

Veillez donner des détails si vous avez répondu « Oui » à une ou plusieurs des questions précédentes. Utilisez une autre feuille au besoin.

Médicaments : _____

Allergies : _____

Problèmes de santé : _____

Blessures récentes : _____

Toute information non discutée ci-dessus : _____

Je comprends qu'il m'incombe d'informer les officiers de l'équipe, dans un délai raisonnable, de tout changement relatif à l'état de santé de mon enfant. Au cas où personne ne peut être rejoint, j'autorise les officiers de l'équipe à poser les gestes nécessaires pour la sécurité et le bien-être de mon enfant. Au cas où mon enfant devrait recevoir des soins médicaux d'urgence, j'accepte qu'un professionnel agréé de la santé l'hospitalise ou le traite et prenne les mesures nécessaires pour qu'il reçoive des injections, soit anesthésié, ou subisse une intervention chirurgicale. J'autorise également que les informations de la fiche médicale soient transmises aux personnes appropriées lorsque nécessaire. Par ma signature, je dégage les officiers de l'équipe de toute responsabilité d'accidents, de blessures et autres incidents pouvant survenir durant le camp sur glace ou hors glace.

Date : _____ Signature du parent ou tuteur : _____