



CPA BROSSARD SESSION DE PRINTEMPS --- 18 AVRIL - 7 MAI 2011
COMPLEXE SPORTIF BELL

DATE LIMITE POUR INSCRIPTION: MINUIT LE 3 AVRIL 2011
PREMIER ARRIVÉ PREMIER SERVI

NOM:	PRÉNOM:
ADRESSE:	
# DE TÉLÉPHONE:	COURRIEL:
DATE DE NAISSANCE: JJ _____ / MM _____ / AA _____	
# DE CARTE D'ASSURANCE MALADIE:	DATE EXP.: _____
# DE PATINAGE CANADA:	
# DE SERVICARTE: QBD-004- _____	DATE EXP.: _____
CATÉGORIE/CLASSIFICATION DU PATINEUR? (Choisir seulement une option)	
PATINAGE PLUS 5+ _____ GROUPE STAR _____ JUNIOR _____ INTERMÉDIAIRE _____ SENIOR _____	
MEMBRE DE CPAB? OUI _____ / NON _____ (Si non: Nom du club d'appartenance: _____)	
NIVEAU DE TESTS: STYLE LIBRE _____ HABILITÉ _____ DANSE _____	
MONTANT TOTAL À PAYER: _____ \$ (Méthode de paiement: Comptant _____ / Chèque _____)	
(Si payer par chèque, indiquer le nom de la personne qui émet le chèque: _____ et inclure le nom du patineur sur le chèque) -- TOUS LES CHÈQUES DOIVENT ÊTRE LIBELLES À L'ORDRE DE: CPA BROSSARD	

TOUS LES RÉSIDENTS DE BROSSARD DOIVENT FOURNIR LES DOCUMENTS SUIVANTS LORS DE L'INSCRIPTION:

- a) Formulaire d'inscription dûment complété (deux pages)
- b) Une photocopie VALIDE de la servicarte de la ville de Brossard
- c) Une photocopie VALIDE du permis de conduire (preuve de résidence)
- d) Une (1) copie du formulaire médical dûment complété

LES NON- RÉSIDENTS DE BROSSARD DOIVENT FOURNIR LES DOCUMENTS SUIVANTS LORS DE L'INSCRIPTIONS:

- a) Formulaire d'inscription dûment complété (deux pages)
- b) Nom de votre club d'appartenance: _____
- c) Une photocopie VALIDE de la carte d'accès de la ville de Brossard
- d) Une photocopie VALIDE du permis de conduire (preuve de résidence)
- e) Une photocopie de la carte de Patinage Canada (incluant les niveaux de tests)
- f) Une (1) copie du formulaire médical dûment complété.

NOTE: Les non-résidents sont requis de payer double (2X) du tarif régulier

Toutes les inscriptions doivent être déposées dans la boîte aux lettres du CPAB aux CS Bell (2ième étage - passé le bar - au bout du couloir vers les salles de bains - tourner droite - 3ième porte à gauche) AU PLUS TARD minuit le 3 avril, 2011. LES INSCRIPTIONS TARDIVES NE SERONT PAS ACCEPTÉES



NOM / NAME: _____

S.V.P. VEUILLEZ NOUS INDIQUER VOTRE PRÉFÉRENCE DE BLOC EN **SURLIGNANT** VOS CHOIX /
PLEASE CHOOSE FROM THE BLOCKS LISTED BELOW BY **HIGHLIGHTING** BLOCK OF INTEREST WITHIN THE CATEGORIES

PATINAGE PLUS 5+ (avec entraîneur(s) / with coach(es))

(MARDI, JEUDI DE 17h00 - 17h55 & SAMEDI DE 8h00 - 8:50 / TUESDAY, THURSDAY @ 17h00 - 17h55 & SATURDAY @ 8h00 - 8h50)
DERNIER ÉCUSSON RÉUSSI / LAST BADGE RECEIVED= _____ **COÛT / COST = \$75.00**

GROUPE STAR (avec entraîneur(s) / with coach(es))

(MARDI, JEUDI DE 17h00 - 17h55 & SAMEDI DE 8h00 - 8h50 / TUESDAY, THURSDAY @ 17h00 - 17h55 & SATURDAY @ 8h00 - 8h50)
COÛT / COST = \$90.00

JUNIOR AUCUN TEST DE STYLE LIBRE / NO FREE STYLE TEST PASSED			INTERMÉDIAIRE/INTERMEDIATE PRÉLI/JR. BRONZE TEST STYLE LIBRE RÉUSSI AU COMPLET / PRELIM/JR. BRONZE FREE STYLE TEST... PASSED			SENIOR SENIOR BRONZE TEST STYLE LIBRE RÉUSSI OU PLUS / SENIOR BRONZE FREE STYLE TEST OR HIGHER... PASSED		
BLOC/ BLOCK	JOUR / HEURE DAY / HOUR	\$	BLOC/ BLOCK	JOUR / HEURE DAY / HOUR	\$	BLOC/ BLOCK	JOUR / HEURE DAY / HOUR	\$
1	LUNDI / MONDAY 17H00 - 17H55	20	6	MARDI / TUESDAY 17H55 - 18H50	20	3	LUNDI / MONDAY 19H00 - 19H55	20
2	LUNDI / MONDAY 17H55 - 18H50	20	15	JEUDI / THURSDAY 19H00 - 19H55	20	4	LUNDI / MONDAY 19H55 - 20H50	20
9	MERCREDI / WEDNESDAY 17H00 - 17H55	20	16	JEUDI / THURSDAY 19H55 - 20H50	20	7	MARDI / TUESDAY 19H00 - 19H55	20
10	MERCREDI / WEDNESDAY 17H55 - 18H50	20	17	VENDREDI / FRIDAY 17H00 - 17H55	20	8	MARDI / TUESDAY 19H55 - 20H50	20
14	JEUDI / THURSDAY 17H55 - 18H50	20	18	VENDREDI / FRIDAY 17H55 - 18H50	20	11	MERCREDI / WEDNESDAY 19H00 - 19H55	20
22	SAMEDI / SATURDAY 8H50 - 9H50	20	23	SAMEDI/SATURDAY 9H50 - 10H50	20	12	MERCREDI / WEDNESDAY 19H55 - 20H50	20
						19	VENDREDI / FRIDAY 19H00 - 19H55	20
						20	VENDREDI / FRIDAY 19H55 - 20H50	20

BLOC OPEN - DISPONIBLE SEULEMENT DIMANCHE LE 1ER MAI / OPEN BLOCK - ONLY AVAILABLE ON SUNDAY, MAY 1

24	DIMANCHE / SUNDAY 8H00 - 9H20	6	24	DIMANCHE/SUNDAY 8H00 - 9H20	6	24	DIMANCHE / SUNDAY 8H00 - 9H20	6
25	DIMANCHE / SUNDAY 9H30 - 10H50	6	25	DIMANCHE/SUNDAY 9H30 - 10H50	6	25	DIMANCHE / SUNDAY 9H30 - 10H50	6

1. Tous les patineurs Groupe Star peuvent s'inscrire sur le Bloc Junior (excluant le Bloc OPEN) - avec un entraîneur / All Star Group skaters can register on a Junior Block (excluding OPEN Blocks) - with a coach.
2. Un MAXIMUM de 20 patineurs peuvent s'inscrire pour les blocs PP, 10 pour Groupe Star, 22 pour Junior et Open et 18 pour Inter et Sénior. / A MAXIMUM of 20 skaters can register on the PP blocks, 10 on Star Group, 22 on Junior and Open and 18 on Inter and Senior.
3. Toutes les inscriptions doivent être déposées dans la boîte aux lettres du CPAB au CS Bell au plus tard minuit le 3 avril 2011. / All registrations must be deposited in the mail box for CPAB at CS Bell by midnight, April 3, 2011.
4. Les parcelles NE SONT PAS disponible pour la Session de Printemps / NO parcels will be available for the Spring Session.
5. CPAB se réserve le droit d'annuler un bloc ou de déplacer des patineurs à un autre bloc afin de respecter le nombre de patineurs par mesure de sécurité et ce, à la discrétion du club / CPAB reserves the right to cancel a block or for the security of the skaters, move skaters to another block to balance the numbers, this is at the discretion of the club.



INFORMATION MÉDICALE

CE FORMULAIRE DOIT ÊTRE COMPLÉTÉ ET REMIS LORS DE L'INSCRIPTION

Les informations contenues sur ce formulaire sont très importantes

****La sécurité de votre enfant en dépend ****

NOM DU PATINEUR: _____

Assurance-maladie: _____ date expiration: _____

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

1. _____ TEL: () _____

2. _____ TEL: () _____

3. _____ TEL: () _____

Maladies: _____

Allergies: _____

A Besoin d'un Epi-pen: Oui _____ Non _____ Si oui, s.v.p l'apporter au cours.

Médicaments: _____

Votre enfant porte t'il un bracelet Médic-Alert? Oui _____ Non _____

Si oui, donner le numéro : # _____ et la raison _____

Autre information pertinente: _____

Par la présente j'autorise les responsables du C.P.A. Brossard à prendre en cas d'urgence , les décisions nécessaires pour assurer la santé et la sécurité de mon enfant et à obtenir tous les avis et services médicaux requis à la clinique ou à l'hôpital si nécessaire . J'accepte les responsabilités financières qui ne seraient pas défrayées par le Régime d'Assurance Maladie au Québec.

Nom du parent ou tuteur: _____ Signature du parent ou tuteur: _____

Signé le: Jour _____ Mois _____ Année: _____