

PHOTO

46ième anniversaires  
46th anniversary



	INFO
	JQ
	BD

# CLUB DE JUDO SHIDOKAN

5319, av. NOTRE-DAME-DE-GRÂCE  
MONTREAL, QC, CANADA, H4A 1L2  
Téléphone : (514) 481-2424 Télécopieur: (514) 481-0074

Adresse électronique: shidokan@bellnet.ca

Site internet: www.shidokanqc.ca

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION 2019 / 2019 REGISTRATION FORM

(CAMP DE JOUR / DAY CAMP)

Ces renseignements sont recueillis uniquement pour fins de perception de cotisation et de communication avec les membres; seules les personnes habilitées y ont accès/ This information is used only for billing and communication with members; access is limited to authorized personnel

Nom, prénom / Last Name, first name		Homme / Male	Femme / Female
-------------------------------------	--	--------------	----------------

Adresse/Address \_\_\_\_\_  
 Ville/City \_\_\_\_\_  
 Code postale/Postal code \_\_\_\_\_  
 Téléphone / Phone number \_\_\_\_\_ Urgence / Emergency \_\_\_\_\_ Cellulaire / Cellular \_\_\_\_\_  
 Adresse courriel / Email \_\_\_\_\_

Date de naissance / Date of birth	Groupe sanguin / Blood type	# assurance maladie / Medicare number
-----------------------------------	-----------------------------	---------------------------------------

Expérience en judo / Judo experience \_\_\_\_\_

**Problèmes médicaux / Previous significant medical problems (indiquez oui ou non / indicate yes or no)**

Allergie / Allergie	<input type="checkbox"/>	Spécifiez / Specify	_____
Commotion récente / Recent concussion	<input type="checkbox"/>	Date / Date	_____
Blessure à la tête / Head injury	<input type="checkbox"/>	Asthme / Asthma	_____
Convulsion / Convulsion, seizure	<input type="checkbox"/>	Diabète / Diabetes	_____
Trouble cardiaque / Heart trouble	<input type="checkbox"/>	Problème abdominal / Abdominal problem	_____
Haute pression / High blood pressure	<input type="checkbox"/>	Problème menstruel / Menstrual problem	_____
Problème sanguin, ecchymose / Blood problem, bruising	<input type="checkbox"/>	Bouffée de chaleur, déshydratation / Heat, dehydration	_____

**Détails / Details**

Médication / Medication \_\_\_\_\_

**Blessures importantes et/ou traitement durant les 6 derniers mois / Previous significant injuries or/and treatments over last 6 months**

Cotisation / Fees		Affiliation Judo Québec Incline/Affiliation Judo Québec included
Semaine/Week	du 1 au 5 juillet/ 1 to 5 July	170 \$
Semaine/Week	du 8 au 12 juillet/ 8 to 12 July	170 \$
Semaine/Week	du 15 au 19 juillet/ 15 to 19 July	170 \$
Semaine/Week	du 22 au 26 juillet/ 22 to 26 July	170 \$
Semaine/Week	du 5 août au 9 août / 5 August to 9 August	170 \$
Semaine/Week	du 12 au 16 août/ 12 to 16 August	170 \$
Frais de service de garde/Take care fee (25\$ semaine/week)		_____
Judogi et/ou autres frais / Judogi and/or others fees		_____
		<b>Total</b>
		<b>Payé / Paid</b>
		<b>Solde / Balance</b>

Je, sousigné(e), déclare que les renseignements fournis ci-haut sont véridiques. Je déclare avoir lu, compris et être en accord avec les conditions énoncées au verso./ I, the undersigned, declare that the above information is true, I declare that I have read, understood and agree to the conditions on the reverse side.

En signant ce formulaire, j'accepte les risques reliés à la pratique du judo/ By signing this form, I accept the risk inherent in the practice of judo.

En signant ce formulaire, j'accepte que mon enfant participe a des activités extérieures./ By signing this form, I accept outdoor activity for my child.

Reçu RL-24 revenu Québec/Tax refund RI-24 revenu Québec

Date	Nom et prénom du parent/ Last name and first name	Signature du parent ou tuteur
	# assurance social/social insurance number	Signature of parent ou guardian