|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Logo_NES_final_grayscale | Formulaire d’inscription 2020-2021 | www.clubnes.org  Social facebook box blue Icon | Social Bookmark Iconset | YOOthemeclub nes -page publique  [headcoach.nes@gmail.com](mailto:headcoach.nes@gmail.com),  740-2750 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Renseignement sur le nageur** | | | | | |
| Nom\*: | | Prénom\*: | | | |
| Adresse\*: | | | | | |
| Ville\*: | Code postal\*: | | | | Téléphone\*: |
| Date de naissance (aaaa-mm-jj)\*: | | | Âge: | | Sexe: |
| Numéro d'assurance maladie\*: | | | | Date d'expiration: | |
| Référé par (nom du nageur qui vous a référé) : | | | | | |
| Autre enfant dans NES: | | | | | |

|  |
| --- |
| **Antécédents Médicaux et Allergies, Handicap** |
| Si votre enfant souffre d’une maladie ou une allergie ou il a un handicap, SVP le préciser : |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Parents / Tuteurs et Contact en cas d'urgence** | | | |
|  | **Mère\*** | **Père** | **Autre contact** |
| Nom |  |  |  |
| Courriel (obl pour insc) |  |  |  |
| Téléphone (maison) |  |  |  |
| Cellulaire |  |  |  |
| En cas d’urgence |  |  |  |
|  |  | Lien avec le nageur |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Montant à payer** | | | |
| **Frais Provincial** | **Frais d’entraînement par trimestre** | **Rabais** (s’il y en a) | **1 ou 3 paiements de** |
|  |  |  | Chèque Transfert élec |

Verso…

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Logo_NES_final_grayscale | Formulaire d’inscription 2019-2020 | www.clubnes.org  Social facebook box blue Icon | Social Bookmark Iconset | YOOthemeclub nes – page publique  [headcoach.nes@gmail.com](mailto:headcoach.nes@gmail.com),  740 2750 |

**Exigences pour l'inscription**

|  |  |
| --- | --- |
| Je remets un chèque à l'attention de NES pour les frais d'inscription de SNB et SNC. Je remets les trois chèques postdatés à l'attention de ‘’***NES Inc.’’***  pour la saison complète (ou transfert électronique). | Oui Non  Oui  Oui |
| En cas d'urgence je donne mon autorisation à tout examen ou traitement médical de mon enfant jugé nécessaire par les autorités médicales | Oui Non  Oui  Oui |
| J’autorise à ce que les informations relatives aux antécédents médicaux et allergies inscrits sur cette fiche, soient transmises au besoin à un médecin traitant, un sauveteur et toute autre personne qui pourrait avoir à intervenir en situation d’urgence auprès de mon enfant | Oui Non  Oui  Oui |
| Je reconnais et accepte que les informations marquées d’un \* seront partagées avec le Pavillon sportif pour des fins d’enregistrement dans le système d’accès informatique | Oui Non  Oui  Oui |
| J'accepte que des photos de mon enfant soient publiées dans les médias, médias sociaux et site web | Oui Non  Oui  Oui |
| J’accepte de recevoir les nouvelles de NES via l’infolettre. Je désire recevoir l’info lettre  au courriel (consulté régulièrement) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Oui Non  Oui  Oui |
| Dans le cadre du programme de commandites, j'accepte que le nom de mon enfant soit donné au magasin ***Sports Experts d'Edmundston*** (afin de profiter des rabais) | Oui Non  Oui  Oui |
| Je suis prêt à offrir mon aide au club comme bénévole | Oui Non  Oui  Oui |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Signature du parent/tuteur | | |  |  | Date | | |