



École de hockey Bob Hartley

***Olympia Yvan Cournoyer
Drummondville, QC***

Enregistrement

Dimanche 28 juillet 2024

Tous les joueurs devront s'enregistrer à l'Olympia Yvan Cournoyer situé au 1145 Boul Jean-de Brébeuf entre 13h et 15h.

Formulaires médicaux et contrat de conduite personnelle

Les formulaires médicaux et le contrat de conduite personnelle doivent être remplis et retournés dès que possible.

Frais d'enregistrement

Veuillez être avisé que vos frais d'enregistrement doivent être acquittés avant le 1^{er} juillet 2024. Afin de réserver votre place, un dépôt de 50% est exigé. Les paiements peuvent se faire par chèque ou virement Interac.

Le virement Interac doit être envoyé à l'adresse courriel suivante :

steve.hartley@hartleyhockey.com, s'il vous plaît inscrire le **nom du joueur** comme question et **camp2024** comme réponse.

Le versement final doit être payé avant le 1^{er} juillet 2024

Pour renseignements

Pour toutes questions concernant le paiement ou l'enregistrement, veuillez contacter Steve Hartley au 438-403-8821 ou steve.hartley@hartleyhockey.com.

Informations supplémentaires

Assurez-vous d'apporter les articles suivants et portez une attention particulière aux articles détaillés ci-dessous, pour chaque joueur inscrit.

Serviettes

Vous devez apporter vos propres serviettes pour l'usage des douches.

Vêtements pour l'entraînement hors glace

Assurez-vous d'apporter des shorts et t-shirts que vous pourrez utiliser pendant nos activités hors glace.

Chaussures de course (obligatoires)

Vous devez apporter une paire de chaussures de course confortable à porter pendant les activités hors glace.

Équipement de hockey

N'oubliez pas votre équipement de hockey, cela doit comprendre patins, bâtons, pantalons, jambières, casque, et bas de hockey. UN CHANDAIL VOUS SERA FOURNI.

****Nous vous suggérons d'apporter plusieurs paires de bas supplémentaire afin d'empêcher les ampoules. ****

Médicaments

Il est important que le joueur ait en sa possession tous ses médicaments sous ordonnance. De plus, il est de votre responsabilité de nous faire connaître vos besoins médicaux lors de l'enregistrement. Nous pourrions seulement vous assister si nous sommes au courant de vos besoins médicaux spéciaux. **Veillez remplir le formulaire médical concernant les médicaments et apporter ce formulaire ainsi que vos médicaments à l'enregistrement. Ne pas envoyer par la poste !**

Repas

Nous fournirons le dîner pour tous les joueurs qui font partie du programme ceci inclus un jus. Des stations d'eau seront sur place afin que votre enfant puisse remplir sa gourde d'eau, vous devez fournir une gourde d'eau à votre enfant.

Heure d'arrivée et départ quotidien

Nous demandons à tous les joueurs de se présenter 30 minutes avant la première activité de la journée pour leur groupe. Le programme se termine à chaque jour après la conclusion du match de fin de journée de chaque groupe.

*****Service de garde offert gratuitement jusqu'à 18h00 chaque soir*****

École de hockey Bob Hartley
Contrat de conduite personnelle

Je, _____ (inscrire votre nom) comprends que j'ai choisi volontairement de m'inscrire au ***École de hockey Bob Hartley*** (ci-après dénommé "le camp"). En tant qu'étudiant au camp, j'accepte de respecter et de suivre toutes les règles et tous les règlements établis par le camp, qui incluent, mais qui ne se limitent pas au matériel écrit ou imprimé, aux instructions orales, et à toutes les instructions, ordres, ou directives donnés ou fournis par n'importe quel membre du personnel du camp, conseiller, entraîneur, instructeur, ou tout autre représentant officiel du camp.

Je comprends également et je reconnais que mon comportement personnel doit se conformer à toutes les règles, et normes établies pour la durée du camp. Je promets de ne pas fumer et de ne pas consommer de drogues ou de boissons alcoolisées quelconques pendant la durée du camp. Si je dois prendre des médicaments prescrits, je promets de le révéler pendant la durée sur mon questionnaire de santé et de le révéler de nouveau à l'enregistrement.

Si je désobéis aux règles ou règlements établis par le camp ou si je ne me conforme pas aux instructions données par les représentants officiels du camp. Le camp peut retirer mes privilèges de participation au camp. Dans cette éventualité, je comprends que je perdrai mes droits financiers d'enregistrement et que je devrai payer toutes les dépenses relatives, à mon retour à la maison, aux dommages personnels ou mobiliers, etc.

Je comprends et reconnais que je vais faire partie d'une communauté d'étudiants au camp, et je m'engage à être responsable et être un membre honnête de la communauté en tout temps.

Ceci est un engagement moral et légal envers le camp et mes coéquipiers. J'accepte d'être lié par ce contrat de conduite personnel en apposant ma signature ci-dessous.

J'accepte et je suis en accord.

Signature de l'étudiant

date

(Signature d'un parent ou tuteur si l'étudiant n'a pas 18 ans)

date

Inscrire le nom du parent ou tuteur qui a signé au-dessus

date

ENVOYER PAR LA POSTE LE PLUS TÔT POSSIBLE

L'école de hockey Bob Hartley

Questionnaire santé confidentiel/confidential health questionnaire

Afin qu'un étudiant soit inscrit à l'école de hockey Bob Hartley, il est nécessaire qu'un parent et/ou le médecin de

l'étudiant(e) complète le questionnaire de santé suivant. Tous les étudiants doivent être en état physique

approprié afin de participer aux activités sportives vigoureuses. Votre coopération est appréciée.

In order for a student to be enrolled at the Bob Hartley High Intensity Camp, it is necessary for a health

questionnaire to be completed by the student's parents and medical doctor. All students must report in

appropriate physical condition and overall medical health so as to compete in vigorous athletic events and

activities. Your cooperation in completing this form is appreciated.

Nom/Name_____

Adresse/Address_____

Ville/City_____

Province/Province_____

Code Postal/Zip Code_____

No de carte santé d'assurance-maladie/Health Card Information_____

Date de naissance (jj/mm/aaaa)/Day of birth (dd/mm/yyyy)_____

Allergie ou maladie chronique/Allergie or chronic illnesses_____

Nom du père/Name of the father_____

Téléphone (bureau)/Phone number (office)_____

Téléphone (résidence)/Phone number (home)_____

Nom de la mère/Name of the mother_____

Téléphone (bureau)/Phone number (office)_____

Téléphone (résidence)/Phone number (home)_____

Numéro de téléphone d'urgence/Emergency phone number_____

Rapport du parent ou docteur/Parent or physician's statement

Je déclare que mon enfant, _____, est en bonne santé et peut participer à tous les types d'activité physique (qui exigent l'effort physique.)

I declare that my child, _____, is in good health and can participate in all hockey-related activities which requires physical effort.

Parent ou tuteur/Parent or guardian _____
(inscrire)

Signature du parent/ tuteur

Parent/guardian's Signature _____

Date signée/Date signed _____

L'étudiant susmentionné, _____, a été examiné par moi-même et est, au meilleur de ma connaissance, en bonne santé. L'étudiant ne souffre d'aucune maladie et peut participer à tous les types d'activités physiques (qui exigent l'effort physique.) Je confirme également que l'étudiant susmentionné n'a été exposé à aucune maladie contagieuse. L'école de hockey Bob Hartley n'acceptera aucune responsabilité pour un accident ou une maladie encourue par l'étudiant pendant le programme excepté le traitement de premiers soins. Je donne par la présente mon consentement au traitement médical de secours, s'il y a lieu.

The above-named student, _____, has been examined by me and is, to the best of my knowledge, in good health. The student is not suffering from any illnesses and is able to participate in all types of hockey-related training, which demands physical exertion and stamina. I also confirm that the above-named student has not been exposed to any infectious diseases. With the exception of first-aid treatment, the Bob Hartley High Intensity Camp will accept no responsibility for accident or illness incurred by the student during the program. I hereby give my approval for emergency medical treatment, if required.

Nom du médecin/Physician's name _____

Signature du médecin/Doctor's signature _____

Date/Date signed _____

***VEUILLEZ RETOURNER LE QUESTIONNAIRE SANTÉ LE PLUS TÔT POSSIBLE**

***PLEASE RETURN THE HEALTH QUESTIONNAIRE AS SOON AS POSSIBLE**

L'école de hockey Bob Hartley

Formulaire d'information pour médicament

Mon fils/Ma fille _____ prend les médicaments suivants :

_____ @ _____ fois à prendre par jour.

_____ @ _____ fois à prendre par jour.

_____ @ _____ fois à prendre par jour.

Je, _____, donne la permission à l'école de hockey Bob Hartley et ses employés à administrer les médicaments ci-dessus comme prescrit. En faisant ceci, je libère l'école de hockey Bob Hartley, Hartley Hockey Inc., de toutes actions, réclamations, et demandes que mon enfant peut avoir concernant des blessures et dommages de n'importe quel genre.

Signature d'un parent ou tuteur

date

VEUILLEZ PRÉSENTER CE FORMULAIRE À L'ENREGISTREMENT
NE PAS ENVOYER PAR LA POSTE