

CLUB des COUREURS sur ROUTE du MONT ST-BRUNO

FORMULAIRE D'INSCRIPTION – saison 2010

Nom: _____ Prénom: _____

Date de naissance: (jj/mm/aaaa) _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Tél. Domicile : (____) ____ - ____ Bureau : (____) ____ - ____ Cell : (____) ____ - ____

Courriel : _____ Membre depuis: _____

Aaaa

MEMBRE INDIVIDUEL (50\$)

MEMBRE FAMILIAL (85\$)

FICHE de l'ATHLÈTE

Nombre d'années d'expérience en entraînement : _____

Passé d'entraînement (types de sport) : _____

CONDITION MÉDICALE

A. Votre médecin vous a-t-il dit que vous souffriez d'un problème cardiaque?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
B. Ressentez-vous une douleur à la poitrine lorsque vous faites de l'activité physique?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
C. Au cours du dernier mois, avez-vous ressenti des douleurs à la poitrine lors de périodes autres que celle où vous participez à une activité physique?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
D. Éprouvez-vous des problèmes d'équilibre reliés à un étourdissement? ou perte de connaissance?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
E. Avez-vous des problèmes osseux ou articulaires particuliers?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
F. Des médicaments vous sont-ils actuellement prescrits? (ex.: pression artérielle, problème cardiaque, etc.)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Médicaments ?	Condition médicale ?	Depuis combien de temps?

G. Autres raisons particuliers qui vous empêcheraient ou vous limiteraient lors de la pratique d'activité physique (ex. maux de dos, enceinte, diabète, etc.)? Si oui, lesquels	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
H. Est-ce que vous avez des allergies? Si oui, quel genre :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

PERFORMANCES EN COURSE À PIED

	Meilleur Temps	Temps 2009	Objectif 2010	Objectif long terme
5k				
10k				
15k				
20k				
21k				
42k				

PASSÉ EN ENTRAÎNEMENT

Entraînement en course à pied

Fréquence hebdomadaire : de _____ à _____ (fois/semaine)

Kilométrage max. hebdomadaire : _____ Kilométrage moyen hebdomadaire : _____

Remarque : _____

Objectif de kilométrage maximum 200__ : _____

Musculation Oui/non : _____

Dans quelle période d'entraînement : _____

Fréquence hebdomadaire : de _____ à _____ (fois/semaine)

Type d'entraînement (nombres de séries et de répétitions) : _____

REMARQUES

Est-ce que vous avez été blessé dans les deux dernières années? Si oui, quelle blessure?

INFORMATION COMPLÉMENTAIRE

1- Je serais intéressé par un volet TRIATHLON du club * oui non

2- J'accepte de rendre accessible mes coordonnées personnelles apparaissant ci-dessus aux autres membres du club.

I allow other club members access to my above-listed personal coordinates

...oui ..non

3- J'accepte de recevoir périodiquement par courrier électronique le journal de même que toute autre communication du CCRMSB

I agree to receive the club's newsletter and any other sending thereof by e-mail

..... oui ... non

4- J'aurai besoin de recevoir les communications du club par un autre moyen que l'internet.
I will need to receive club's communications by another mean than internet

.....oui non

5- J'atteste avoir la condition physique nécessaire pour pratiquer en toute sécurité la course à pied.

I warrant that I am physically fit to run

.....oui

Je conviens de dégager le CCRMSB, son entraîneur, ses administrateurs, ses commanditaires et toute personne morale ou physique engagée par le club dans le cadre de ses activités, de toute responsabilité qu'il peut encourir à mon égard découlant de tout dommage, perte, blessure corporelle, incapacité, voire même la mort, que je pourrais subir dans le cours de ma participation aux activités du club ou en relation avec cette participation ; je renonce expressément à tout droit que je pourrais faire valoir ainsi qu'à toute poursuite ou recours, en justice ou autrement, que je pourrais avoir à l'encontre du club à l'égard de ce qui précède et je m'engage à tenir le club indemne de toute telle poursuite ou tout recours. Je conviens en outre que ce qui précède lie mes héritiers, successeurs et ayants-droit. / *I agree to release the CCRMSB, its trainer, directors, sponsors and any individual or entity retained by the club in connection with its activities, of any and all liabilities it may have towards me resulting from any damage, loss, body injury, disability, even including death, that I might suffer while participating in the club's activities or in relation therewith; I expressly waive any right that I may raise as well as any legal action or claim, at law or otherwise, that I might have against the club regarding the foregoing and I undertake to hold the club harmless of any such claim or action. I also agree that the foregoing is binding against my successors and assigns.*

Signature _____ Date _____

Les renseignements obtenus suite à la complétion de ce questionnaire sont confidentiels et seront consultés seulement par l'entraîneur et les membres du CA du Club de coureurs sur route du Mont-Saint-Bruno.

PAIEMENT PAR CHÈQUE À L'ORDRE DU: Club des Coureurs sur Route du Mont St-Bruno ou simplement: C.C.R.M.S.B.

Poster à l'attention de Dominique Simard, C.P. 452, St-Bruno (Qc) J3V 5W1

INFORMATIONS:

Stéphane Lachapelle, Prés. 514-817-2327 ou Dominique Simard, V.P & trés. 450 441-9237

*** volet TRIATHLON SVP communiquer avec Daniel Lamontagne 450-922-2606
ou Robert Lefrançois 450 653-4385**