

UPPER OTTAWA VALLEY SKI ZONE (U.O.V.S.Z.)

ATHLETE REGISTRATION 20__ -20__

ATHLETE INFORMATION DE L'ATHLÈTE:

Last name: _____
Nom de Famille: _____
First name: _____
Prénom: _____
Date of Birth: (dd/ mm/yyyy) _____
Date de naissance (J/M/A) _____
E-mail: _____
Courriel: _____
Address: _____
Adresse: _____
Home Phone #: _____
No. téléphone à domicile _____
Health Insurance #: _____
No. Assurance maladie _____
Physician name: _____
Médecin: _____
Physician phone #: _____
No. telephone du médecin: _____
Emergency Contact Name: _____
Nom du contact en cas d'urgence: _____
Phone # _____
No. de telephone: _____

HEALTH INFORMATION RENSEIGNEMENT SUR LA SANTÉ

Any medical information of which we should be aware?
Renseignements médical que nous devrions savoir?
Yes ___ No ___
Oui ___ Non ___
If yes, details: _____
Si oui, veuillez nous en informer _____

Mother/ Mère

Last Name/Nom _____
First Name/Prénom _____
Work Tel # _____ Home Tel# _____
No. Téléphone au travail No. Téléphone à domicile _____

IF DIFFERENT FROM ATHLETE: SI DIFFÉRENT DE CELUI DE L'ATHLÈTE

Address(e): _____
E-mail/courriel: _____

Father/ Père

Last Name/Nom: _____
First Name/Prénom _____
Work Tel # _____ Home Tel# _____
No. Téléphone au travail No. Téléphone à domicile _____

IF DIFFERENT FROM ATHLETE: SI DIFFÉRENT DE CELUI DE L'ATHLÈTE

Address(e): _____
E-mail: _____

Courriel: _____
Remove my name from the directory ()
Ne pas inclure mon nom dans le repertoire

Waiver: I, the parent/guardian of the registered athlete, give my permission for him/her to engage in ski racing and training with the U.O.V.S.Z. I agree to assume all risks and responsibilities involved in such participation, including transportation to and from such activities, on behalf of said athlete. I do hereby waive release, absolve, indemnify and agree to hold harmless the U.O.V.S.Z., its executive, organizers, coaches and participant of any dangers or injuries arising from the U.O.V.S.Z. activities. I understand that it is my responsibility to inform the program head coach and program chair of any changes to this registration form information. In the event that no parent/guardian can be contacted, the above-mentioned persons have authority to admit said athlete to hospital if necessary. I authorize the physician and nursing staff of any emergency care unit to undertake any necessary examination, investigation and treatment of my child.

Renonciation: Je, parent/tuteur donne mon autorisation à l'athlète inscrit au programme pour qu'il/elle pratique le ski de compétition et qu'il/elle s'entraîne au sein du U.O.V.S.Z. Je m'engage, au nom dudit athlète, à assumer toutes les responsabilités et les risques reliés à cet activité, incluant le transport de ou vers ces lieux. Je, par la présente, dégage de toutes responsabilité et renonce à toutes réclamations contre le U.O.V.S.Z., son exécutif, ses organisateurs, ses entraîneurs ainsi que ses volontaires de tous les dangers ou blessures reliés à la pratique des activités du U.O.V.S.Z. Il est entendu qu'il est de mon devoir et de ma responsabilité d'informer le Directeur du programme ainsi que de son Président de tout autre changement qui pourrait être différent de ceux inscrit sur ce formulaire d'enregistrement. Dans le cas ou ni le parent et/ou le tuteur et/ou tout autre personne désigné ne puisse être contacté, les personnes susmentionnées auront l'autorité d'admettre ledit athlète à un hôpital, si nécessaire. J'autorise un médecin et le personnel infirmier de n'importe lequel unité de soins d'urgence à procéder à un examen médical, à une enquête et de promulguer les soins nécessaire à mon enfant.

Signature parent/Tuteur: _____
Date: _____

Register me in UOVVSZ/Alpine Ontario ()

PROGRAMME NANCY GREEN PROGRAM

NG(6-12) _____
Paterson Race Series (12-16) _____

RACE PROGRAM/PROGRAMME COURSE

I2 (9-10) _____ K1 (11-12) _____
K2 (13-14) _____ J1/J2 (15-19) _____

Alumni/Ancien: _____

TOTAL FEES/COÛT TOTAL: _____