

**Entraînement  
avancé  
Badminton école  
Dave Vollant**

Tous les mercredis de 19h00 à  
21h30, avec l'entraîneur-chef  
Dave Vollant du club  
badminton les Nomades

À l'école Johnny-Pilot de  
Uashat.

La première session du 30  
septembre au 17 décembre.



## L'entraîneur-Chef



Dave Vollant  
Entraîneur certifié PNCE

**C'est dans l'effort que nous  
atteignons nos buts!**  
Cellulaire: (418) 960-4807

**Le badminton-école est destiné  
aux jeunes de la Côte-Nord  
ayant déjà une expérience en  
badminton.**

**Dans ces cours, votre enfant  
aura la chance de développer  
ses habiletés techniques,  
théoriques, physiques et  
stratégiques.**

**Supervisé par l'entraîneur-chef  
Dave Vollant et avec l'aide d'un  
assistant-Entraîneur, les  
adeptes de cette discipline y  
trouveront satisfaction.**

## Horaire

Tous les mercredis  
Du 30 septembre au 17  
décembre  
19h00 à 21h30

- Jeux d'équipe
- Techniques et stratégies de simple
- Techniques et stratégies de double
- Techniques et stratégies de mixte
- Cours théoriques et pratiques
- Cardio/musculation adapté au badminton
- Corrections individualisés
- Concentration et préparation mental avant et pendant une compétition
- Valeurs d'esprit d'équipe et sportive

Point important : **S'AMUSER !**

## Rappel

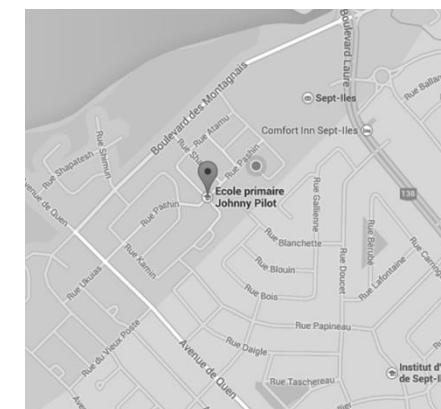
Endroit : École Johnny-Pilot

Coût : **200.00\$**

Date limite d'inscription :

Le 21 septembre 2015 avec le  
montant de l'inscription.

Seulement 16 inscriptions seront  
retenues.



## **École Johnny-Pilot**

100 rue Pashin

Uashat, Québec

Téléphone (418) 962-5777

Cell : (418) 960-4807

# Badminton École

## Dave Vollant

### Formulaire d'inscription

Nom :

\_\_\_\_\_

Prénom :

\_\_\_\_\_

Adresse :

\_\_\_\_\_

Ville :

\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe : F M

No ass. maladie :

\_\_\_\_\_

Expiration : \_\_\_\_\_

Nom du parent :

\_\_\_\_\_

Tél. (rés.) : \_\_\_\_\_

(bur.) : \_\_\_\_\_

(cell.) : \_\_\_\_\_

(autre) :

\_\_\_\_\_

Courriel :

\_\_\_\_\_

### FICHE DE SANTÉ DE L'ENFANT

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

N° d'ass. maladie : \_\_\_\_\_

Parents ou tuteurs à contacter en cas d'urgence :

1- \_\_\_\_\_

Tél. (rés.) : \_\_\_\_\_ (bur.) : \_\_\_\_\_

2- \_\_\_\_\_

Tél. (rés.) : \_\_\_\_\_ (bur.) : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

### QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Répondre à chacune des questions et préciser s'il y a lieu.

L'enfant a-t-il déjà :

subi une fracture, une luxation ou une entorse :

Oui  Non  Précisez : \_\_\_\_\_

ressenti des troubles respiratoires associés à l'effort?

Oui  Non  Précisez : \_\_\_\_\_

perdu connaissance, ressenti des étourdissements ou des douleurs thoraciques?

Oui  Non  Précisez : \_\_\_\_\_

souffert de problèmes liés à la chaleur?

Oui  Non  Précisez : \_\_\_\_\_

Été diagnostiqué pour une maladie chronique ou récurrente?

Oui  Non  Précisez : \_\_\_\_\_

L'enfant prend-il un ou des médicaments? Oui  Non

Si oui, lesquels et quelle en est la posologie?

1-Médicament : \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_

2-Médicament : \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_

3-Médicament : \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_

L'enfant est-il apte à prendre lui-même ses médicaments?

Oui  Non

L'enfant souffre-t-il de troubles de comportement?

Oui  Non

Est-il contrôlé avec des médicaments? Oui  Non

L'enfant souffre-t-il d'allergies? Oui  Non

Si oui, lesquelles?

Alimentaires : arachides Oui  Non

noix et autres Oui  Non

produits laitiers Oui  Non

autres : \_\_\_\_\_

Médicaments : pénicilline Oui  Non

autres : \_\_\_\_\_

Végétales ou piqûre d'insectes Oui  Non

animales : autres : \_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en fonction de ses allergies? Oui  Non

Si oui, qui est autorisé à conserver et à administrer ce médicament?

l'enfant lui-même

le personnel de la santé

le parent

toute personne adulte responsable

le moniteur

### AUTORISATION MÉDICALE

En signant la présente, j'autorise l'entraîneur ou encore l'assistant entraîneur à prodiguer tous premiers soins nécessaires. Si l'entraîneur juge pertinent, j'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. De plus, j'autorise le personnel médical, inscrit dans le club, à prodiguer tous soins médicaux requis par son état.

### AUTRE AUTORISATION

De plus, j'accepte que mon enfant soit photographié et que ces photos servent à des fins de promotion du programme

Oui  Non

\_\_\_\_\_

Nom et prénom du parent ou du tuteur (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_

Signature du parent ou du tuteur

\_\_\_\_\_

Date