



## Camp de perfectionnement

Trois jours de perfectionnement, avec l'entraîneur-chef Dave Vollant du club badminton les Nomades

À l'école Johnny-Pilot de Uashat.

Pendant la semaine de relâche, 29 février 1-2 Mars



## L'entraîneur-Chef



Dave Vollant  
Entraîneur certifié pnce

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

**Ce camp est destiné aux jeunes ayant déjà une expérience en badminton.**

**Au cours de ces journées, votre enfant aura la chance de développer ses habiletés techniques, théoriques, physiques et stratégiques de cette discipline.**

**Supervisé par l'entraîneur du club badminton les Nomades, Dave Vollant et aidé d'un assistant-entraîneur, ce camp saura satisfaire les adeptes de cette activité.**

## Horaire

29 février et 1-2 mars 2016

8h00 accueil des jeunes 29 février

- Jeux d'équipe
- Techniques et stratégies de simple
- Techniques et stratégies de double
- Techniques et stratégies de mixte
- Cardio/musculation adapté au badminton
- Correction individualisé (15 à 30 min)
- Concentration et préparation mental avant et pendant une compétition
- Valeur d'esprit d'équipe et sportive

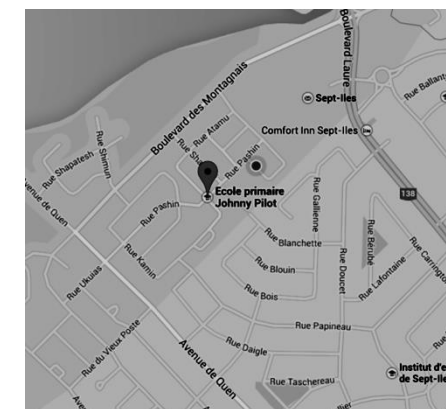
Point important : **S'AMUSER !**



## Coût 150.00\$

- 3 journées d'entraînement
- 3 repas par jour
- Volants fournis
- Un encadrement des joueurs par du personnel compétent et qualifié
- Des activités de groupe en soirée
- Un T-shirt sera remis à chaque participant

Seulement 16 inscriptions seront retenues.



## École Johnny-Pilot

100 rue Pashin  
Uashat, Québec  
Téléphone (418) 962-5777  
Cell : (418) 960-4807



## Camp perfectionnement de 3 jours

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 animales : piqûre d'insectes Oui  Non

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 camp, 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 camp

Oui  Non

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

Signature du parent ou du tuteur

Date

