



Formulaire entraîneur : ÉTÉ 2017

www.GymRep.com

2520 Boul. des Entreprises, Suite 108, Terrebonne, Qc, J6X 4J8

Tél: 450-662-9901

Fax: 514-666-0862

ans d'émotions fortes !

Courrier électronique: bonjour@gymrep.com

Veillez remplir clairement de A à Q en lettres moulées (recto et verso)

ENTRAÎNEUR (doit avoir 18 ans au moment du camp)		A
Prénom: _____	Nom: _____	
Adresse: _____	Ville: _____	Province: _____
Code postal: _____	Téléphone () _____	
Date de naissance _____	Âge: _____	Niveau du P.N.C.E.: _____
Num. Ass. Maladie: _____	Date d'expiration: _____	
Nom et adresse de votre club de gymnastique: _____		
Entraîneur chef: _____	Téléphone au club: _____	

Adresse électronique de l'entraîneur: _____ **B**

En cas d'urgence: Tél: () _____ **Nom et lien:** _____ **C**

Comment as-tu entendu parlé de GymRep? **D**

J'ai été GymRep Année?: _____ Entraîneur(e)

Par une gymnaste ayant participé à GymRep

Par un kiosque promotionnel Par une brochure Par mon club Par Internet

Cochez la ou les catégorie(s) dans la ou lesquelles vous intervenez: **E**

<input type="radio"/> Jamais fait de la gymnastique (passez directement à la suivante)	Programme	Réseau Provincial						Réseau National		
	Défi	Provincial	P2	P3	P4	P5	CR1 <input type="checkbox"/>	Élite <input type="checkbox"/>	Novice	Sénior
<input type="radio"/> Récréatif	1	Senior					CR2 <input type="checkbox"/>	Espoir <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2	Novice					CR3 <input type="checkbox"/>			
	3	Tyro					CR3 <input type="checkbox"/> Avancé	Novice HP	Junior HP	Sénior HP
	4	Argo					CR3 <input type="checkbox"/> Spécialisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5									
	6									

FICHE MÉDICALE **F**

(1) Êtes-vous sous médication? Oui Non

Si oui, précisez le du et la posologie: _____

Êtes-vous somnambule? Oui Non

(3) Observations sur votre état de santé: COCHEZ OUI EN CAS DE PROBLÈMES ET PRÉCISEZ. Cochez non si correct

Coeur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Poumons	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Reins	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Yeux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreilles	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nez	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Gorge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Bouche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dents	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dos	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Peau	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Genoux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si problème(s) précisez s.v.p.: _____

(4) Souffrez-vous d'allergies? Oui Non (Si non, passez à la question 5)

Si oui, précisez (type, fréquence, gravité): _____

Si vous souffrez d'allergies sévères, avez-vous à votre disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit)? Oui Non

(5) Souffrez-vous de maladies chroniques ou récurrentes? Oui Non

Asthme Épilepsie Diabète Otite Amygdalite Autres: _____

Précisez (fréquence des crises, gravité): _____

(6) Avez-vous été vacciné contre la rougeole? Oui Non (7) Contre le Tétanos Oui Non

(8) Autres particularités à nous signaler sur le plan médical (chirurgie, blessure(s) grave(s), etc.) _____

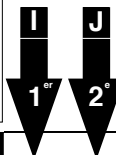
Réservé à l'administration	

Faites-vous partie d'un groupe de 10 gymnastes et plus? Oui Non **H**

Si oui, vous devez communiquer avec la personne en charge des inscriptions GymRep à votre club pour avoir le numéro de réservation et nous faire parvenir le formulaire signé par la poste ou par courriel

de réservation _____

Veillez, s.v.p., nous indiquer vos 2 choix de séjours possibles en I et en J. Dans l'éventualité où vos 2 choix de séjours seraient déjà complets, nous communiquerons avec vous par téléphone pour vous en aviser et prendre d'autres dispositions. Si vous faites partie d'un groupe, la semaine choisie doit nécessairement être en même temps que le groupe de la réservation. Vous devez avoir 18 ans au moment du séjour pour faire partie du programme club.



LE FORFAIT HEBDOMADAIRE COMPREND

- L'hébergement dans les résidences du Camp Boute-en-Train pour 6 nuits;
- Trois repas par jour à la cafétéria du Camp Boute-en-Train; (en fonction de l'horaire d'arrivée et de départ)
- Une formation spécialisée en gymnastique artistique féminine et en élastiques acrobatiques;
- L'accès aux activités de plein air offertes par le Camp Boute-en-Train selon les disponibilités du moment.

PROGRAMME INTERCAMP Pour les entraîneurs qui demeurent plus d'une semaine, nous offrons gratuitement : Le coucher du samedi soir et le brunch du dimanche matin.

PROGRAMME CLUB Si vous accompagnez un groupe de 10 gymnastes ou plus du même club, vous avez droit à un séjour gratuit pour un entraîneur. Si vous désirez vous prévaloir de cette offre, il est absolument nécessaire de nous téléphoner avant pour recevoir votre numéro de réservation. Veuillez indiquer votre numéro de réservation dans la case prévu à cette fin sur le recto du formulaire.
N.B. Un entraîneur gratuit / 10 gymnastes inscrites du même club dans la même semaine

Vous recevrez, peu de temps avant le début des camps un courriel avec le guide pour votre séjour.

COCHÉZ LA OU LES SEMAINES DE VOTRE CHOIX	CHOIX I	CHOIX J
Semaine 1 2 juillet au 8 juillet 2017	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Semaine 2 9 juillet au 15 juillet 2017	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Semaine 3 16 juillet au 22 juillet 2017	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Semaine 4 23 juillet au 29 juillet 2017	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Semaine 5 30 juillet au 5 août 2017	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

FRAIS DU SÉJOUR	CHAQUE SEMAINE
Avant le 30 avril 2017	580\$
Après le 1er mai 2017	630\$

Programme club	
Veillez inscrire les noms des 10 gymnastes provenant de votre club	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
Coût →	Gartuit pour l'entraîneur(e)



CALCUL POUR UN FORFAIT DE VOTRE CHOIX	
Veillez inscrire le montant total en fonction de la ou des semaine(s) choisie(s). Si vous avez droit au Programme Club, veuillez marquer GRATUIT et passer à section suivante	
T.P.S. (Multipliez A par 5%)	A \$
T.V.Q. (Multipliez A par 9,975%)	B \$
Additionnez A+B+C	C \$
TOTAL	D \$

Libellez et postez le chèques à :

GymRep
2520, Blv. Des Entreprises, Suite 108
Terrebonne, Qc, J6X 4J8

VOICI NOS POLITIQUES ET CONDITIONS D'INSCRIPTION

<p>Paiement: Nous fonctionnons sur la base du premier dépôt payé et chèque postdaté reçu en même temps, premier réservé. Toute inscription doit être accompagnée d'un dépôt de 200\$, minimum par semaine choisie (si 2 semaines = 400\$, etc.). Vous devez joindre également un chèque postdaté pour le 1er mai, au plus tard, représentant le montant total en D, moins le dépôt. Les inscriptions reçues après le 30 avril seront acceptées en fonction des places disponibles et devront être accompagnées d'un chèque du montant total des semaines choisies. Il y a des frais de 40\$ pour les chèques sans provisions.</p>	<p>Remboursement</p> <p><i>En tout temps avant le 30 avril, avec une lettre nous justifiant l'annulation de l'inscription, nous rembourserons le dépôt moins 100\$ par semaine inscrite. À partir du 1er mai 2017, sur demande écrite et accompagnée d'un billet médical, nous rembourserons le montant total moins le dépôt (200\$). Advenant une blessure pendant le séjour au camp, un billet médical (certifiant l'incapacité totale pour la gymnaste de pratiquer) et le départ de la gymnaste du camp seront nécessaires pour qu'un remboursement partiel soit effectué. Le remboursement sera calculé:</i></p> $\text{Remboursement} = \left(\frac{\text{Total} - \text{Dépôt}}{\text{Durée du séjour (en jours)}} \right) \times \text{nombre de jours complets non utilisés}$
--	--

Je comprends que, de par sa nature, la gymnastique et les activités de plein air comportent certains risques de blessures. Peu importe les précautions que peuvent prendre les athlètes, les entraîneurs et les moniteurs, peu importe le nombre de pareurs utilisés, peu importe la hauteur des engins ou la surface de réception existante, les risques ne peuvent être éliminés complètement. Dans l'éventualité d'une blessure, les directeurs et le personnel oeuvrant pour les Camps de Gymnastique du Québec GymRep et le Camp Boute-en-Train seront libérés de toutes responsabilités. **Les entraîneurs doivent être couverts par une assurance médicale personnelle.** L'affiliation à la Fédération de Gymnastique du Québec est obligatoire et couvre la portion gymnastique des Camps. Les Camps de Gymnastique du Québec Gymrep et le Camp Boute-en-Train ne sont pas responsables des objets personnels qui pourraient être endommagés, perdus ou volés.

Par la présente, je certifie que les renseignements fournis sur la fiche médicale (au verso) sont exacts, et j'autorise les Camps de Gymnastique du Québec GymRep et le Camp Boute-en-Train à donner les premiers soins (Ex.: administrer de l'acétaminophène, appliquer de l'onguent antibiotique, etc.) et, en cas d'urgence, prendre les dispositions nécessaires. Dans une telle situation, les frais engagés, s'il y a lieu, seront à la charge de l'entraîneur. J'accepte que les Camps de Gymnastique du Québec GymRep se réservent les droits d'utiliser, pour les fins publicitaires, les photos et images vidéos qui seront prises de moi lors de son séjour aux Camps de Gymnastique du Québec GymRep. Je comprends également que ni moi, ni mon club, ne pouvons, en aucune façon, être rémunérés pour cette publicité.

J'ai lu et complété les deux (2) côtés de ce formulaire d'inscription et j'en accepte les conditions et les politiques décrites.

Je sensens à recevoir les communications courriel de GymRep et Cheer-Rep (Bulletin électronique, promotions, concours, etc.)

Oui Non

S
Signature de l'entraîneur _____

W
Date _____