

## Participant - 6 ans et +

Prénom :	Nom :
Adresse :	Téléphone :
Ville :	Code postal :
Courriel :	Sexe :
Date de naissance :	Âge :
Numéro d'assurance maladie :	Date d'expiration :
Nom et prénom de la mère :	Nom et prénom Du père :
Le participant est autorisé à quitter Vallée du Parc avec :	
<input type="checkbox"/> Son père <input type="checkbox"/> Sa mère <input type="checkbox"/> Autres :	

## Antécédents médicaux/allergies

Votre enfant est-il atteint de maladies ou allergies : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, précisez les allergies ainsi que la médication nécessaires :
Qui est autorisé à conserver et à administrer ce médicament et quelle est la posologie ?
<input type="checkbox"/> L'enfant lui-même <input type="checkbox"/> Tout adulte responsable <input type="checkbox"/> Autres :
Posologie :

\* Veuillez noter que nous devons avoir une copie de l'ordonnance de votre enfant.

## Contact en cas d'urgence

Contact #1	Contact #2
Prénom et nom :	Prénom et nom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Téléphone :	Téléphone :

## Niveau de glisse

Mon enfant pratique :  ski    planche à neige

Votre enfant a-t-il déjà skié ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	
Exécute-t-il des virages en chasse-neige (pointe de pizza) ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	
Exécute-t-il une partie de ses virages en parallèle ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	
Exécute-t-il tous ses virages en parallèle ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	
Sur quelles pistes skie-t-il ?	<input type="radio"/> Débutant	<input type="radio"/> Intermédiaire	<input type="radio"/> Expert
Est-ce qu'il est capable de prendre le télésiège sans assistance ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	
Est-ce que votre enfant a déjà suivi un cours de groupe ?			
Quel niveau ?			

Cours initiation Parc à neige (ski seulement) offert aux enfants de 7 ans et + (niveau intermédiaire ou expert requis)

## Forfaits 6 ans et +

Camp de la relâche									
89\$ <sup>+tx</sup> par journée			380\$ <sup>+tx</sup> pour la semaine						
<input type="checkbox"/>	Lundi	<input type="checkbox"/>	Mardi	<input type="checkbox"/>	Mercredi	<input type="checkbox"/>	Jeudi	<input type="checkbox"/>	Vendredi
Location d'équipement							19,50\$ <sup>+tx</sup>		
<input type="checkbox"/>	Lundi	<input type="checkbox"/>	Mardi	<input type="checkbox"/>	Mercredi	<input type="checkbox"/>	Jeudi	<input type="checkbox"/>	Vendredi
Option boîte à lunch (Soupe, repas, breuvage et dessert)							18,00\$ <sup>+tx</sup>		
<input type="checkbox"/>	Lundi	<input type="checkbox"/>	Mardi	<input type="checkbox"/>	Mercredi	<input type="checkbox"/>	Jeudi	<input type="checkbox"/>	Vendredi
<b>Total avant taxes \$ :</b>									

\* Pour que l'inscription soit officielle, vous devez remettre le formulaire d'inscription dûment rempli, signé et avoir payé la somme totale.

\*\* Aucun remboursement ne sera accepté sauf sur présentation d'un certificat médical.

## Mode de paiement

**Pour que l'inscription soit officielle, vous devez remettre le formulaire d'inscription dûment rempli, signé et avoir payé la somme totale.**

**Par téléphone :**  Visa  Mastercard

Après la réception du formulaire d'inscription dûment rempli et signé transmis par courriel, à [billetterie@valleeduparc.com](mailto:billetterie@valleeduparc.com), une personne responsable vous contactera pour le paiement.

\*\* Les inscriptions se terminent le 22 février 2026

## Reconnaissance et acceptation des risques

**Dans le cadre du Camp de la Relâche du Centre de Glisse Vallée du Parc SEC.**

Je, soussigné \_\_\_\_\_, agissant à titre de responsable pour \_\_\_\_\_ reconnais et accepte les éléments suivants :

**Responsabilité du parent / tuteur / responsable :** Il a la responsabilité de s'assurer que l'équipement de ski ou de planche à neige de l'enfant est adéquat, sécuritaire, en bon état et vérifier régulièrement; Le port du casque est recommandé par l'école de glisse; De plus, l'enfant doit fournir deux collations, le dîner et des vêtements de rechange; Le parent / tuteur / responsable ou le participant a la responsabilité de divulguer au moniteur toute condition médicale préexistante de l'enfant susceptible d'avoir un impact sur la pratique du ski/planche et des risques inhérents; \_\_\_\_\_  
Initiale

**Supervision :** Je reconnais que le ski/planche à neige se pratique sur une grande superficie, ce qui implique que l'animateur n'est pas à proximité de son/ses enfant(s) à tout moment, ni ne peut intervenir directement en tout temps; L'animateur ne peut avoir constamment un contact visuel avec son/ses enfant(s); \_\_\_\_\_  
Initiale

**Acceptation :** Je reconnais que la pratique de ski/planche à neige et l'utilisation des remontées mécaniques comportent des risques et dangers inhérents et accepte d'assumer l'entière responsabilité pour tout dommage corporel, moral ou matériel résultant des risques ou dangers impliqués et accepte de libérer et exonérer l'École de Glisse de toute responsabilité pour tout dommage corporel, moral ou matériel pouvant en découler; \_\_\_\_\_  
Initiale

**Photographie :** J'autorise Vallée du Parc, société en commandite à diffuser, afficher, reproduire ou retoucher les photographies, et ce, sans limite dans le temps ou territoriale et quel qu'en soit le support, à des fins promotionnelles de la région. Je décharge le photographe ainsi que Vallée du Parc, société en commandite ou ses tiers de toute responsabilité touchant une réclamation pour violation des droits de publicité. Il est entendu que le photographe ainsi que Vallée du Parc, société en commandite s'interdisent expressément une exploitation à caractère illicite des dites photographies. \_\_\_\_\_  
Initiale

**Médicaux :** J'autorise la direction du Camp de la Relâche à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires. Si la direction le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant, par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire le plus près; J'autorise les animateurs du camp de la relâche de Vallée du Parc SEC à administrer les médicaments ou les traitements ci-haut à mon enfant. \_\_\_\_\_  
Initiale

---

Nom (en lettres moulées)	Signature	Date
--------------------------	-----------	------