|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE POUR CHACUNE DES ACTIVITÉS DE VOTRE CLUB/OPS POUR LA SAISON. DE PLUS, S.V.P. ALLOUER 10 JOURS OUVRABLES POUR LE TRAITEMENT DES SANCTIONS ET DES CERTIFICATS D’ASSURANCE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SECTION CLUB** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom du club : | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | Province : | | |  | |
| Adresse du club : | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Responsable : | |  | | | | | | | | | | | Tél. : | | |  | | | Courriel : | |  | | | | | | | |
| Liste des entraîneurs, leurs # PNCE, et leurs certifications : | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Autres personnes/organismes à inclure dans la sanction : | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SECTION ACTIVITÉS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DISCIPLINES AVEC SAUTS INVERSÉS (choisissez toutes les options qui s’appliquent)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SAUTS | | | | BOSSES/BOSSES EN PARALLÈLE | | | | | | | | | DEMI-LUNE | | | | | SLOPESTYLE/  PARC À NEIGE | | | | | BIG AIR | | | HAUTE MONTAGNE | | |
| **DISCIPLINES SANS SAUTS INVERSÉS (choisissez toutes les options qui s’appliquent)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SAUTS | | | | BOSSES/BOSSES EN PARALLÈLE | | | | | | | | | DEMI-LUNE | | | | | SLOPESTYLE/  PARC À NEIGE | | | | | BIG AIR | | | HAUTE MONTAGNE | | |
| **ACTIVITÉS SUR NEIGE (choisissez toutes les options qui s’appliquent)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entraînement | Compétitions | | | | | | | | | Try Freestyle | | | | | Cours/Cliniques | | | | | Coussin d’atterrissage | | | | | Rail Jam | | | Autre : |
| **EST-CE QUE LES ACTIVITÉS SONT DANS LES LIMITES OFFICIELLES DE LA STATION DE SKI?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oui | | | | | | | | | | | | | | | | | | Non | | | | | | | | | | |
| **ACTIVITÉS HORS NEIGE (choisissez toutes les options qui s’appliquent)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rampe d’eau | Trampoline | | | | | | | | Sur terre | | | | | | Cours/Cliniques | | | | | Entraînement croisé | | | | | | | | |
| Levée de fonds | | | Portes ouvertes | | | | | | | | | Soirée gala | | | | | Plongeon | | | | | Autre : | | | | | | |
| **SI VOUS AVEZ CHOISI « AUTRE », DANS L’UNE OU L’AUTRE DES CATÉGORIES D’ACTIVITÉS, VEUILLEZ DÉCRIRE CES ACTIVITÉS CI-DESSOUS :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SI VOUS AVEZ CHOISI L’ENTRAÎNEMENT SUR TRAMPOLINE, CHOISISSEZ TOUTES LES OPTIONS QUI S’APPLIQUENT DE LA LISTE CI-DESSOUS :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Complexe sportif de gymnastique | | | | | | | | | | | Établissement privé | | | | | | | | Complexe sportif de ski acrobatique (p.ex. Rampe d’eau) | | | | | | | | | |
| **ENVIRON COMBIEN D’ATHLÈTES PARTICIPENT AU ACTIVITIÉS ?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **QUELLES SONT LES DATES DES ACTIVITIÉS ?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **RENSEIGNEMENTS SUR LES INSTALLATIONS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indiquez tous les installations d’entraînement pour les activités en haut : | | | | | | ex. Trampoline – Whistler Gymnastics Club, 1090 Legacy Way, Whistler, BC V0N 1B1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **VOS STATIONS DE SKI/INSTALLATIONS D’ENTRAÎNEMENT EXIGENT-ELLES UN CERTIFICAT D’ASSURANCE ?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OUI | | | | | | | | | | | | | | NON | | | | | | | | | INCONNU | | | | | |
| **RAPPELS IMPORTANTS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TRAÎTEMENT DE SANCTION | | | | | Toutes demandes de sanction/certificat d’assurance doivent être soumises 10 jours ouvrables avant le début de l’activité/l’événement. Si une demande est soumise à moins de 10 jours ouvrables du début de l’activité/l’événement, Freestyle Canada ne pourra pas garantir que la sanction/certificat sera prêt à temps. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADHÉSION | | | | | Tous les athlètes, entraîneurs et personnel des clubs/OPS participant aux activités/programmes de ski acrobatique DOIVENT être membres en règle de Freestyle Canada. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENTRAÎNEURS | | | | | Tous les entraîneurs doivent avoir atteint le niveau PNCE minimum d’Entraîneur de Club de Freestyle Canada, pour être en mesure d’entraîner les habiletés de base du ski acrobatique. De plus, les entraîneurs peuvent seulement enseigner les habiletés qui font partie de leur champ d’entraînement. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENTRAÎNER LES SAUTS INVERSÉS | | | | | Touts athlètes doivent être supervisés par un entraîneur certifié dans le système PNCE et qui suit la progression de qualification de sauts. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ACCIDENT/**  **BLESSURES** | | | | | **TOUS les accidents/blessures subis pendant une activité sanctionnée de ski acrobatique DOIVENT être signalés à Freestyle Canada dans les 24 HEURES suivant l’accident ou la blessure, en remplissant le** [**formulaire de Déclaration d’accident**](http://freestyleski.com/wp/fr/member-services/downloads/) **(page web section « Adhésion des clubs ») et en le remettant à Freestyle Canada soit par courriel à info@freestylecanada.ski.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |