



## Men's Junior National Team East Camp

### 18U (born 1993 & 1994)

#### OPEN CAMP

This letter is to announce the beginning of the selection process for athletes born 1993 and 1994 for the Junior Men's National Team. We will hold two Identification and Selection Camps in February and March in the East and West respectively. The objective is to evaluate athletes in competition and in training. The top 30 athletes, at this moment, will be identified and asked to attend future selection and identification camp.

A joint East and West camp will be held after the 18U Men's National Club Championships May 3-5, 2010 in Halifax (details to follow at [www.waterpolo.ca](http://www.waterpolo.ca)). Proceeding the May camp, the National Team coaching staff will then identify and select 20 athletes for the Summer 2010 Centralization Program.

East Selection Camp details:

#### **February 22<sup>nd</sup> to 24<sup>th</sup>, 2010 East Camp:**

The camp will take place following the Nelson McDunnough Memorial Tournament in Dollard-des-Ormeaux, QC.

The camp will take place at the Claude Robillard Sports Centre (CCR) in Montreal, QC. Athletes will be responsible for making their own travel arrangements to and from Montreal before and after the camp. As of the evening of Sunday February 21<sup>st</sup>, all participating athletes will be placed in local accommodations, provided in town transportation to and from the hotel and camp venue (via Metro), and meals as of Sunday dinner until Wednesday breakfast. Athletes will be supervised by National Team Staff members.

Athletes will be staying at the Lord Berri Hotel (1199 Rue Berri, Montreal, QC, [www.lordberri.com](http://www.lordberri.com)).

#### **Draft Training Schedule:**

**Sunday February 21<sup>st</sup>** immediately following the gold medal game, athletes will meet with Head Coach Scott Smith and National Team Staff members in which plans, programs, responsibilities, and expectations will be discussed.



# *Water Polo Canada*

www.waterpolo.ca

Suite 12-1010 Polytek Court

tel: (613) 748-5682

Gloucester, ON K1J 9H9

fax: (613) 748-5777

<b>Monday February 22<sup>nd</sup></b>	8:00 – 10:00AM at CCR	water
	6:30 – 8:30PM at CCR	water
<b>Tuesday February 23<sup>rd</sup></b>	8:00 – 10:00AM at CCR	water
	6:30 – 8:30PM at CCR	water
<b>Wednesday February 24<sup>th</sup></b>	8:00 – 10:00AM at CCR	water (final workout)

There will be a brief meeting with the athletes following the final training session.

Athletes will be able to leave Montreal around 11:00AM Wednesday February 24<sup>th</sup>; however, we would suggest booking return flights after 1:00PM.

## **Cost of Camp:**

Athletes needing a hotel room: \$395.00

Athletes not staying at the hotel: \$320.00

Registration and payment deadline is February 5<sup>th</sup>, 2010

Please complete the attached Registration and Parental Consent forms and return by email to Neil Muir at [neilmuir@shaw.ca](mailto:neilmuir@shaw.ca)

Payment must be made by credit card. Please complete Credit Card Authorization Form below and send to [office@waterpolo.ca](mailto:office@waterpolo.ca) or fax to 613-748-5777.



# *Water Polo Canada*

www.waterpolo.ca

Suite 12-1010 Polytek Court  
Gloucester, ON K1J 9H9

tel: (613) 748-5682  
fax: (613) 748-5777

## **Permission Form:**

We (I) \_\_\_\_\_ & \_\_\_\_\_ give permission for  
our son / daughter \_\_\_\_\_ to participate with the National Team Program.

Signed: \_\_\_\_\_  
Mother/Guardian Date

And/or  
\_\_\_\_\_  
Father/Guardian Date



## PERSONAL INFORMATION

Name \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Street City Postal Code

Home # \_\_\_\_\_ Business # \_\_\_\_\_ Cell # \_\_\_\_\_

E-Mail Address \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Birthday \_\_\_\_\_

## MEDICAL HISTORY

Name of person to contact in an emergency \_\_\_\_\_

Person's Phone # \_\_\_\_\_ Person's Cell # \_\_\_\_\_

2<sup>nd</sup> Person to contact in an emergency \_\_\_\_\_

Person's Phone # \_\_\_\_\_ Person's Cell # \_\_\_\_\_

Medical Card # \_\_\_\_\_ Province Registered \_\_\_\_\_

Family Doctor \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_

Medications – Please Describe

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Asthma - Please Describe:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tendonitis or other chronic conditions - Please Describe Condition & Treatments:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allergies - Please Describe:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Previous Injuries – Please Describe:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PLEASE NOTE: ALL Information is confidential.**



**- CARDHOLDER AUTHORIZATION FORM/ FORMULAIRE D'AUTORISATION DU TITULEUR DE CARTE -**

I/Je, \_\_\_\_\_

authorize/autorise \_\_\_\_\_  
(Company)

to charge the amount of \$/ de charger le montant de \$ \_\_\_\_\_

for the following services/ pour le service suivant

\_\_\_\_\_

to my/ à ma carte:

\_\_\_ Visa, \_\_\_ Mastercard, \_\_\_ Amex, \_\_\_ Diners/Enroute, \_\_\_ Discover:

Card # / # de carte \_\_\_\_\_ expiry date/ date d'expiration: \_\_\_\_\_

Name on card (please print)/ Nom sur la carte: \_\_\_\_\_

Cardholder Signature/ Signature du titulaire de carte: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Billing Address/ Address: \_\_\_\_\_

City/State/Prov / Ville/État/Province: \_\_\_\_\_

Zip/Postal Code Zip/ Code postal: \_\_\_\_\_

Telephone/ Téléphone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Email/ Courriel: \_\_\_\_\_

**I/we are aware of any cancellation policies and agree not to dispute or attempt to Chargeback any of the above signed for and acknowledged charges / Je/nous sommes conscients de n'importe quelle polices d'annulation et nous agréons de ne pas disputer ou tenter de recharger ce qu'il y a ci-dessus**

\_\_\_\_\_  
**Cardholder initial / Initiale du titulaire de carte**

**I/we have attached a legible copy of the front of the card to be used in lieu of a credit card imprint. If the charge detailed above is over \$50,000 I/we have attached legible copy of photo ID in addition to the front of the card to be used./ Je/nous avons attaché une copie lisible du devant de la carte pour être utilisé au lieu d'une empreinte de carte de crédit. Si le montant est supérieur à 50 000\$, je/nous avons attaché une copie lisible du devant de ma carte d'identité pour être utilisé.**

\_\_\_\_\_  
**Cardholder initial/ Initiale du titulaire de carte**



## **Camp de l'Est de l'équipe nationale junior masculine 18U (nés en 1993 et 1994)**

### **CAMP OUVERT**

La présente lettre a pour but d'annoncer le début du processus de sélection des athlètes nés en 1993 et 1994 pour l'équipe nationale junior masculine. Nous tiendrons deux camps d'identification et de sélection en février et en mars dans l'Est et dans l'Ouest respectivement. L'objectif est d'évaluer les athlètes en compétition et en entraînement. Les 30 meilleurs athlètes qui seront alors identifiés devront se présenter aux camps de sélection et d'identification suivants.

Un camp d'entraînement conjoint pour les athlètes de l'Est et de l'Ouest aura lieu à la suite du Championnat canadien de clubs 18U hommes tenu du 3 au 5 mai 2010 à Halifax (les détails suivront au [www.waterpolo.ca](http://www.waterpolo.ca)). Pour faire suite au camp du mois de mai, le personnel d'entraîneurs de l'équipe nationale sélectionnera 20 athlètes pour le programme de centralisation estivale 2010.

Détails du camp de sélection de l'Est :

#### **Camp de l'Est du 22 au 24 février 2010 :**

Le camp aura lieu à la suite du tournoi « Nelson McDunnough Memorial » de Dollard-des-Ormeaux (QC).

Le camp se tiendra au Complexe sportif Claude-Robillard (CCR) à Montréal (QC). Les athlètes auront la responsabilité d'organiser leurs propres déplacements pour leur venue à Montréal ainsi que leur retour à la maison, avant et après le camp. Le dimanche soir 21 février, tous les athlètes participants recevront la confirmation pour l'hôtel, le transport sur place de l'hôtel au lieu du camp (en métro) et les repas du dimanche soir au mercredi matin inclusivement seront fournis. Les athlètes seront supervisés par les membres du personnel de l'équipe nationale.

Les athlètes demeureront à l'Hôtel Lord Berri (1199 rue Berri à Montréal (QC), [www.lordberri.com](http://www.lordberri.com)).



## Ébauche de l'horaire d'entraînement :

**Dimanche 21 février** : immédiatement à la suite du match final du tournoi, les athlètes auront une rencontre avec l'entraîneur-chef Scott Smith et les membres du personnel de l'équipe nationale pour discuter de la planification, du programme, des responsabilités et des attentes.

<b>Lundi 22 février</b>	8 h – 10 h au CCR	piscine
	18 h 30 – 20 h 30 au CCR	piscine
<b>Mardi 23 février</b>	8 h – 10 h au CCR	piscine
	18 h 30 – 20 h 30 au CCR	piscine
<b>Mercredi 24 février</b>	8 h – 10 h au CCR	piscine (dernière séance)

Il y aura une brève rencontre avec les athlètes à la suite de la dernière séance d'entraînement.

Les athlètes pourront quitter Montréal vers 11 h le mercredi 24 février. Nous suggérons toutefois de réserver un billet d'avion pour un vol quittant Montréal après 13 h.

## Coût du camp :

Athlètes ayant besoin d'une chambre d'hôtel : 395 \$

Athlètes ne demeurant pas à l'hôtel : 320 \$

La date limite pour l'inscription et le paiement est le 5 février 2010.

Veuillez remplir les formulaires d'inscription et de consentement parental ci-joints et les retourner par courriel à Neil Muir à [neilmuir@shaw.ca](mailto:neilmuir@shaw.ca)

Le paiement doit être fait par carte de crédit. Veuillez compléter le formulaire d'autorisation du titulaire de carte de crédit ci-dessous et l'expédier à [office@waterpolo.ca](mailto:office@waterpolo.ca) ou par télécopieur au 613-748-5777.



## **Formulaire de consentement parental :**

Nous (je), \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_,

donnons (donne) permission à notre fils/fille \_\_\_\_\_ de participer

au programme de l'équipe nationale.

Signé :

\_\_\_\_\_  
Mère/Tutrice

\_\_\_\_\_  
Date

Et/ou

\_\_\_\_\_  
Père/Tuteur

\_\_\_\_\_  
Date



## INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Rue

Ville

Code postal

Téléphone : Domicile \_\_\_\_\_ Travail \_\_\_\_\_ Cellulaire \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ Âge \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

## HISTORIQUE MÉDICAL

Nom de la personne à contacter en cas d'urgence \_\_\_\_\_

Téléphone : Domicile \_\_\_\_\_ Cellulaire \_\_\_\_\_

2<sup>e</sup> personne à contacter en cas d'urgence \_\_\_\_\_

Téléphone : Domicile \_\_\_\_\_ Cellulaire \_\_\_\_\_

N<sup>o</sup> de la carte d'assurance-maladie \_\_\_\_\_ Province d'enregistrement \_\_\_\_\_

Médecin de famille \_\_\_\_\_ N<sup>o</sup> de téléphone \_\_\_\_\_

Médication (veuillez décrire) :

---

---

Asthme (veuillez décrire) :

---

---

Tendinites ou autres problèmes chroniques (veuillez décrire le problème et les traitements) :

---

---

Allergies (veuillez décrire) :

---

---

Blessures antérieures (veuillez décrire) :

---

---

**VEUILLEZ NOTER que TOUTES les informations fournies demeureront confidentielles.**

**FORMULAIRE D'AUTORISATION DU TITULAIRE DE CARTE DE CRÉDIT**

Je, \_\_\_\_\_

autorise \_\_\_\_\_  
(nom de la compagnie)

à prélever un montant de \_\_\_\_\_ \$

pour les services suivants :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

sur ma carte de crédit

\_\_\_\_\_ VISA \_\_\_\_\_ Mastercard \_\_\_\_\_ Amex \_\_\_\_\_ Diners/Enroute \_\_\_\_\_ Discover

Numéro de la carte : \_\_\_\_\_

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

Nom du titulaire de la carte (en caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_

Signature du titulaire de la carte : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Adresse de facturation : \_\_\_\_\_

Ville/État/Province : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

**Je suis/ nous sommes avisé (s) de toute politique d'annulation et acceptons de ne pas contester ou tenter de facturer tous frais ici reconnus et pour lesquels nous signons la présente.**

\_\_\_\_\_  
**Initiales du titulaire de la carte**

**J'ai/ nous avons joint à la présente une copie lisible du recto de la carte à être utilisée à la place d'une empreinte de carte de crédit. Si les frais ici détaillés excèdent 50 000 \$, j'ai/ nous avons joint une copie lisible d'une pièce d'identité avec photo en plus de la copie du recto de la carte devant être utilisée.**

\_\_\_\_\_  
**Initiales du titulaire de la carte**