



## Formulaire d'inscription Dek Hockey

### 1<sup>er</sup> joueur ou la joueuse

Nom:	Prénom:	Sexe: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Date de naissance:	Âge:	
No. Ass Maladie:	Expiration: /	
Adresse:	Ville:	Code Postal:

### 2<sup>ème</sup> joueur ou la joueuse

Nom:	Prénom:	Sexe: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Date de naissance:	Âge:	
No. Ass Maladie:	Expiration: /	
Adresse:	Ville:	Code Postal:

### 3<sup>ème</sup> joueur ou la joueuse

Nom:	Prénom:	Sexe: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Date de naissance:	Âge:	
No. Ass Maladie:	Expiration: /	
Adresse:	Ville:	Code Postal:

### Information sur les parents ou tuteur

Prénom et nom du père:		
Courriel <b>obligatoire</b> :	Tél Maison :	
Entraîneur, ça m'intéresse? oui <input type="checkbox"/>	Cell. :	
Prénom et nom de la mère:		
Courriel <b>obligatoire</b> :	Tél Maison :	
Entraîneur, ça m'intéresse? oui <input type="checkbox"/>	Cell. :	

### Personne à rejoindre en cas d'urgence:

TÉL.:			Lien avec l'enfant :			
<b>MALADIES</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>		<b>ALLERGIES</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Noix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Arachides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problème Cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Piqûres d'insectes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Herbe À Puce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				EPIPEN*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Déclaration Du Parent:** à ma connaissance, pour mon enfant, il n'y a pas d'empêchement à la pratique des activités reliées au soccer. J'autorise, en cas de blessure ou de maladie alors que je suis absent, la direction de l'équipe à entreprendre les démarches requises pour faire transporter mon enfant dans un centre de santé. Je m'engage à rembourser les frais de transport de mon enfant dans un établissement de santé et à défrayer tous les coûts du centre de santé non couverts par la régie de l'assurance maladie du Québec. Je m'engage à aviser la direction de l'équipe de tout changement concernant l'information ci-dessus. J'autorise la direction de l'équipe à diffuser des photos des équipes de soccer sur le site internet, publicité et journaux.

Signature d'un parent ou du tuteur	Nom en lettres moulées	Date
------------------------------------	------------------------	------

### Mode de paiements

Pour les paiements Accès-D, veuillez nous envoyer une confirmation de paiement par courriel. Pour faire le paiement utilisez votre # de matricule de compte de taxes municipales. Adresse courriel : info@st-remi-de-Tingwick.qc.ca		
Comptant : <input type="checkbox"/>	Chèque : <input type="checkbox"/>	Accès-D : <input type="checkbox"/>



## **Formulaire d'inscription Dek Hockey**