Inscription SOCCER Saint-Jude 2018

Nom et prénom de l'enfant: _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____ Numéro d'urgence : _____

Numéro d'assurance maladie :_____ _____ _____ EXP : _____/_____

Date de naissance : _____ / _____ / _____ Sexe de l'enfant : M ☐ F ☐

Jour Mois Année

Catégorie : **Mini-Soccer** ☐ **U6** ☐ **U8** ☐ **U10** ☐ **U12** ☐ **U14** ☐ **U17** ☐ **O18** ☐

Votre enfant a-t-il une condition médicale particulière ?

Si oui, laquelle : _____

A-t-il des allergies? Oui ☐ Non ☐ A-t-il un auto-injecteur d'épinéphrine? Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquelles? _____

Nom du père (tuteur) : _____

Nom de la mère (tuteure) : _____

Courriel : _____

Êtes-vous intéressé à : - Être arbitre ou juge de ligne OUI ☐ NON ☐

- Être Entraîneur ou assistant OUI ☐ NON ☐

Signature du parent : _____ **Date :** _____

Coût : 1er enfant : 50 $* + 20 $ uniforme (obligatoire)

2e enfant : 45 $* + 20 $ uniforme (obligatoire)

3e enfant : 40 $* + 20 $ uniforme (obligatoire)

Mini-soccer : Gratuit, uniforme inclus

Grandeur de l'uniforme

Enfant					Adulte		
XS	S	M	L	XL	S	M	L
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

***Des frais de 20$ seront exigés pour toute inscription remise après le 8 mars 2018**

☐ J'autorise la municipalité de Saint-Jude et/ou la ligue de soccer des Patriotes à utiliser des photos de mon enfant sur leur site web ou sur la page Facebook de la municipalité.

☐ J'autorise la municipalité de Saint-Jude et/ou la ligue de soccer des Patriotes à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires, à mon enfant, à transporter mon enfant par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire (s'il y a urgence), et à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'intervention chirurgicale, des injections et l'hospitalisation.

En signant la présente, je confirme avoir lu que la municipalité de Saint-Jude et/ou la ligue de soccer des Patriotes n'assume pas la responsabilité des effets personnels perdus, des frais de médicaments et des frais d'ambulance.

SIGNATURE : _____ DATE : _____

Section réservée à l'administration

Complété par : _____

Montant reçu _____ Rabais 2ième enfant: -5.00$ ☐ 3ième -10.00$ ☐

Date du paiement : _____ # de reçu_____ Maillot payé ☐

Chèque ☐ Comptant ☐ Retard : _____

Nom pour reçu impôt :_____(enfant :_____)