



Formulaire d'inscription

Cheerleading été 2017
Pour les enfants de 8 à 12 ans

IDENTIFICATION

1. Nom :	2. Prénom :
3. Âge:	4. Date de naissance :
5. No Assurance Maladie :	6. Date d'expiration :
7. Adresse (de l'enfant):	
8. Adresse courriel du parent à joindre:	
9. Nom de la mère :	10. Nom du père :
11. Téléphone:	12. Téléphone:
13. Téléphone cellulaire:	14. Téléphone cellulaire :
Nom d'une autre personne à joindre en cas d'urgence:	
Téléphone (maison):	Téléphone (cellulaire):

FRAIS D'INSCRIPTION

Coût : 75.00 \$ Résident 100.00\$ Non-résident
Mode de paiement <input type="checkbox"/> comptant <input type="checkbox"/> chèque
Veuillez libeller votre chèque à l'ordre de la Ville de Huntingdon
Semaine : Du 3 juillet 2017 ou du 10 juillet 2017
Les frais d'inscription sont admissibles au crédit d'impôt fédéral pour la condition physique des enfants.
<input type="checkbox"/> Je désire recevoir un reçu Nom : _____

Signature d'un parent ou titulaire de l'autorité parentale : _____

Antécédents médicaux :

Asthme : _____ Diabète : _____ Autres (s) : _____

Allergie (s) :

Décrivez : _____

Médicaments : _____ Posologie : _____

Médicament (s) :

Inscrivez tout médicament que votre enfant prend.

Médicament	Posologie	Raison
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Autorisation pour soins médicaux en cas d'urgence

Je, soussigné(e), déclare être titulaire de l'autorité parentale du joueur ci-haut mentionné. J'autorise le responsable du soccer ou à toute autre personne désignée par celui-ci à prodiguer à mon enfant tous les premiers soins nécessaires advenant que mon enfant soit blessé ou malade. Si l'état de mon enfant l'exige, j'autorise également le transport par ambulance, ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé.

➤ **Je m'engage à payer tous les frais de transport par ambulance.** _____ initiales

De plus, s'il est impossible de joindre une des personnes ci-dessus mentionnées, j'autorise par la présente le médecin, l'hôpital, la clinique, le centre médical, à prodiguer à mon enfant tous les soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'exams, de prélèvements, de traitements ou toute autre intervention. J'autorise le responsable du soccer ou à toute autre personne désignée par celui-ci à signer tous les documents requis par les autorités médicales, pour que mon enfant reçoive les soins et l'attention nécessaire à son état.

J'autorise la divulgation des renseignements contenus dans ce document à toute personne ou institution médicale ou para médicale s'occupant de mon enfant.

EN FOI DE QUOI J'AI SIGNÉ À _____ (lieu) ce _____ (date)

Signature d'un parent ou titulaire de l'autorité parentale

Nom : _____ Signature : _____



Registration form
Cheerleading summer 2017
For children from 8 to 12 years old

IDENTIFICATION

2. Last name :	2. First name :
3. Age:	4. Date of birth :
5. Medical card number:	6. Expiration :
7. Address (child):	
8. Email address :	
9. Mother's name :	10. Father's name :
11. Home phone:	12. Home phone:
13. Cell phone:	14. Cell phone:
Other person to contact in case of emergency:	
Home phone:	Cell phone

REGISTRATION FEES

Cost : \$ 75.00 Huntingdon resident \$100 non-resident Forms of payment <input type="checkbox"/> cash <input type="checkbox"/> check
Please make your check payable to Ville de Huntingdon
Week: July 3, 2017 or July 10, 2017
The cost of registration is eligible for the children's fitness tax credit <input type="checkbox"/> I would like a receipt Name : _____

Signature of Parent/Guardian: _____

Medical history :

Asthma : _____ Diabete : _____ Other (s) : _____

Allergie (s) :

Describe : _____

Medication name : _____ Dosage : _____

Médication :

Please list all the prescription your child is taking.

Médication name	Dosage	Reason
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Consent for emergency medical treatment

I, the undersigned, declare to hold parental authority of the mentioned above player

I authorize the adult leader in charge to secure proper treatment in case of an emergency medical care involving my child. If my child health requires it, I also authorize the transport by ambulance, or otherwise, in a hospital or a medical center.

> **I agree to pay all the costs of transport by ambulance.** _____ **initial**

In the event that the individuals listed as the emergency contact persons cannot be reached, permission is hereby given to the physician or health care provider to secure proper treatment, including hospitalization, anaesthesia, surgery, or injections of medication for my child. Permission is hereby given to the adult leader in charge to sign all the documents to provide medical care to my child.

I authorize the Town of Huntingdon to disclose the health information included in this document to the health care provider involved in providing medical care to my child.

IN FAITH OF WHAT I SIGNED AT _____ (place) ON _____ (date)

Signature of parent / legal guardian

Name: _____

Signature : _____