



Formulaire d'inscription

Ligue de soccer

Pour les enfants de 4 à 14 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 : 50.00 \$ Résident 60.00\$ 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
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 : _____

<input type="checkbox"/> Je suis intéressé à être entraîneur cet été pour l'équipe de mon enfant.
Nom : _____ No de téléphone : _____

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'examens, 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 : _____