



Formulaire d'inscription
Registration form
Soccer intérieure, danse urbaine / Indoor soccer, urban dance

IDENTIFICATION

Nom : <i>Last name :</i>	Prénom : <i>First name :</i>
Âge: <i>Age :</i>	Date de naissance : <i>Date of birth :</i>
No Assurance Maladie : <i>Medical card number :</i>	Date d'expiration : <i>Expiration date :</i>
Adresse (de l'enfant): <i>Address (child) :</i>	
Ville : <i>City :</i>	Code postal : <i>Postal Code :</i>
Adresse courriel du parent à joindre: <i>Email address :</i>	
Nom de la mère : <i>Mother's name :</i>	Nom du père : <i>Father's name :</i>
Téléphone: <i>Home phone :</i>	Téléphone: <i>Home phone :</i>
Téléphone cellulaire: <i>Cell phone :</i>	Téléphone cellulaire : <i>Cell phone :</i>
Nom d'une autre personne à joindre en cas d'urgence: <i>Other person to contact in case of emergency :</i>	
Téléphone (maison): <i>Home phone :</i>	Téléphone (cellulaire): <i>Cell phone :</i>

FRAIS D'INSCRIPTION - REGISTRATION FEES

SOCCER

Coût : 50.00 \$	Mode de paiement / Form of payment
Cost : 50.00 \$	Comptant / cash <input type="checkbox"/> chèque / check <input type="checkbox"/>

Danse urbaine / Urban Dance

Coût : 65.00\$	Mode de paiement / Forms of payment
Cost : 65.00\$	Comptant/ Cash <input type="checkbox"/> Chèque / Check <input type="checkbox"/>

Veillez libeller votre chèque à l'ordre / Please make your check payable to Ville de Huntingdon

Signature d'un parent ou titulaire de l'autorité parentale : _____
Signature of Parent/Guardian: _____

FICHE MÉDICALE / MEDICAL HISTORY

Antécédents médicaux / Medical history :

Asthme/ Asthma : Diabète / Diabetes: Autres(s) / other :

Allergie(s) :

Décrivez / Describe : _____

Médicament(s) / Medication :

Inscrivez tout médicament que votre enfant prend. / Please list all the prescription your child is taking.

Médicament / Medication name

Posologie / Dosage

Raison / Reason

Autorisation pour soins médicaux en cas d'urgence *Consent for emergency medical treatment*

Je, soussigné(e), déclare être titulaire de l'autorité parentale du joueur ci-haut mentionné. J'autorise le responsable du soccer / danse urbain 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.

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.

➤ **Je m'engage à payer tous les frais de transport par ambulance.** _____ initiales / initial
I agree to pay all the costs of transport by ambulance

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 / danseur urbaine 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.

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

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

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

SIGNÉ À/ SIGNED AT _____ ce /on _____ (date)
(lieu / place)

Signature d'un parent ou titulaire de l'autorité parentale / Signature of parent or legal guardian

Nom / Name : _____

Signature : _____