

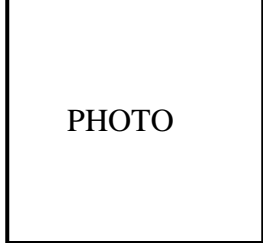


Académie Camag Sport

Centre Jean-Marie Gauvreau
911 Jean Talon Est, bureau #225
Montréal, Québec, H2R 1V5

☎ 514 581 9332

infos@camagsport.com



| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Saison : 2015 - 2016

FICHE D'INSCRIPTION

S.V.P. Complétez une fiche d'inscription par participant en MAJUSCULE.

Sexe : Masculin Féminin

Nom de l'enfant : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____

Date de Naissance (catégorie) : _____

Âge : _____

Nom complet du Parent ou tuteur : _____

Téléphone : _____

Cellulaire : _____

Courriel : _____

| Catégorie | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| EX. U4 = âge 4ans, U10 = âge 10ans... | U4 | U5 | U6 | U7 | U8 | U9 | U10 | U11 | U12 | U13 | U14 | U15 | U16 | U17 | U18 |
| Cocher dans la case | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Niveau de compétition | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Récréatif = participatif avec divertissement et plaisir A, AA, AAA = Compétitif | Récréatif | A | AA | AAA |
| Cocher dans la case | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Taille des uniformes | | | | | |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Très petit | Petit | Moyen | Large | X-large |
| Cocher dans la case | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

J'accepte de respecter les règles et les règlements de l'académie CAMAG SPORT. J'accepte les frais d'inscription et tout autre frais ou amendes qui peuvent être attribués à ma participation à diverses activités reliées. J'autorise CAMAG SPORT à utiliser des photos de moi ou de mon enfant sur les sites web et medias pour des besoins promotionnels de l'académie tout en respectant l'intégrité de ceux-ci. Je suis la seule personne responsable du transport de mon/mes enfants aux pratiques et aux matchs de soccer.

Signature : _____

Date : _____

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



Académie Camag Sport

Centre Jean-Marie Gauvreau
911 Jean Talon Est, bureau #225
Montréal, Québec, H2R 1V5

☎ 514 581 9332

infos@camagsport.com

PHOTO

Saison : 2015 - 2016

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| IDENTIFICATION DU JOUEUR | FICHE MEDICALE |
|---------------------------------|-----------------------|

| | | | |
|------------------------------|---------------|------------------------------------|--|
| Nom de famille et prénom : | | Sexe : Masculin () Féminin () | |
| Adresse : | | Ville | |
| Province | Code postal : | | |
| Date de naissance : | | Age : | |
| Tél. maison : | | Tél. cellulaire : | |
| Numéro d'assurance maladie : | | | |

| |
|---------------------------------|
| CONTACT EN CAS D'URGENCE |
|---------------------------------|

| | |
|-----------------|-------------------|
| Nom et prénom : | Lien de parenté : |
| Adresse : | Téléphone : |

| |
|-------------------------------|
| INFORMATIONS MEDICALES |
|-------------------------------|

| |
|---|
| Maladie(s) à signaler : |
| Médicament(s) actuellement prescrit(s) par le médecin : |
| Autres informations utiles (allergies, trouble de comportement, etc.) |

| |
|---------------------|
| AUTORISATION |
|---------------------|

Je, soussigné(e), déclare être titulaire de l'autorité parentale du joueur ci-haut mentionné. Je demande au personnel de l'Académie Camag sport , ou à toute autre personne désignée par la direction de l' Académie, de me contacter au numéro de téléphone ci-haut mentionné, advenant que le joueur soit blessé ou malade et que cela nécessite l'intervention d'un médecin. Si la situation l'impose, je l'autorise à confier le joueur sans délai à un médecin, un hôpital, une clinique ou tout centre médical de son choix, et à signer tous les documents requis par les autorités médicales pour que le joueur reçoive les soins et l'attention médicale nécessaire à son état. Tous les frais de transport, incluant un éventuel transport ambulancier par terre ou par air, seront à ma charge. J'autorise par la présente le médecin, l'hôpital, la clinique ou un centre médical, à prodiguer au joueur tous les soins nécessaires, J'autorise la divulgation des renseignements contenus dans ce document à toute personne ou institution médicale ou para médicale s'occupant du joueur. Je m'engage à entrer en communication, sans délai, avec les autorités médicales à qui sera confié le joueur sur demande verbale du personnel de l'équipe, ou d'une personne désignée par la direction de l'équipe.

En foi de quoi, j'ai signé à _____

Date : _____

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

*** **IMPORTANT : JOINDRE UNE COPIE DE LA CARTE D'ASSURANCE-MALADIE DU JOUEUR** ***