



# ASSOCIATION DE SOCCER DE SAINT-HYACINTHE

## FC SAINT-HYACINTHE



Été     Hiver    20\_\_

### INFORMATIONS JOUEUR

Prénom et Nom : \_\_\_\_\_ Date Nai. (J/M/A): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Sect. Rés. : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ C.Postal : \_\_\_\_\_ Tél. maison : (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Courriel (obligatoire) : \_\_\_\_\_ Tél. Cell : (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
No. Carte Accès Loisir : \_\_\_\_\_ Expiration (J/M/A): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
No. Ass. Maladie : \_\_\_\_\_ Expiration (M/A): \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### INFORMATIONS FAMILLES (PARENTS OU TUTEURS) joueurs de 18 ans et moins seulement

Père : _____	Mère : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Ville et CP. : _____	Ville et CP. : _____
Tél Cell. : (____) ____ - ____	Tél Cell. : (____) ____ - ____
Tél Mais. : (____) ____ - ____	Tél Mais. : (____) ____ - ____
Courriel : _____	Courriel : _____

### SANTÉ (INFORMATIONS MÉDICALES IMPORTANTES) allergies, handicaps, maladies...

### CONTRAT ET ENGAGEMENT

**J'AI LU ET ACCEPTE** les conditions suivantes:

- La prise de photo par l'ASSH à des fins promotionnelles et publicitaires;  **oui**     **non**
- Le transport d'urgence (ambulance) de mon enfant à l'hôpital par l'ASSH ou l'entraîneur en cas de blessure;
- Lire, comprendre et respecter le code d'éthique établie par l'ASSH sous peine de sanction (disponible sur le site);
- Les politiques de remboursement établies par l'ASSH;

**Signature :** \_\_\_\_\_ **Date (J/M/A) :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\*\*Signature d'un parent si moins de 18 ans

### RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Paiement reçu le (J/M/A) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_    Nom chèque/reçu impôt : \_\_\_\_\_  
Chèque #1 : \_\_\_\_\_ \$    # passeport : \_\_\_\_\_    Équipe : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Chèque #2 : \_\_\_\_\_ \$    (catégo. âge)    (sexe)    (L-A-AA-AAA)    (div.)  
Chèque #3 : \_\_\_\_\_ \$    Secteur résidence (loc) : \_\_\_\_\_  
 chèque    **OU**     argent comptant    Rabais Famille  15 \$ (pour le 3<sup>e</sup> et les suivants)     demande fonds d'aide  
Frère/Sœur : \_\_\_\_\_    Équipe : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Frère/Sœur : \_\_\_\_\_    Équipe : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Frère/Sœur : \_\_\_\_\_    Équipe : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Notes :**

**Formulaire imprimé :** Remettre (2) copies de votre inscription et garder (1) copie pour vos dossiers / **Formulaire NCR :** copie blanche (ASSH), copie jaune (secteur)