

	<b>FICHE D'INSCRIPTION</b>  <b>FUTSAL SENIOR MIXTE</b>  <b>2017-2018</b>	<b>FC SAINT-HYACINTHE</b> 850, rue Turcot, bureau 207 Saint-Hyacinthe, QC J2S 1M2  www.assh.ca
<b>NOM DE L'ÉQUIPE :</b> _____		<b>COULEUR :</b> _____
Prénom : _____	Nom : _____	
Adresse : _____	Date de naissance (J/M/A) : ____ / ____ / ____	
Ville : _____	Code postal : _____	
Courriel : _____	Téléphone (résidence) : _____	
Carte Accès-Loisir : _____	Date d'expiration (J/M/A) : ____ / ____ / ____	
Signature : _____	Date (J/M/A) : ____ / ____ / ____	
<b>FICHE SANTÉ</b>		
Blessure – maladie ou allergie :    Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si oui, précisez : _____		
<b>RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION</b>		
Paiement reçu le (J/M/A) : ____ / ____ / ____    Coût : 1 000 \$ / équipe    Nom (chèque) : _____		

## INSCRIPTIONS

**FC Saint-Hyacinthe, 850, rue Turcot – du lundi au jeudi entre 15h et 17h**

**Le Futsal senior mixte s'adresse exclusivement personnes nées en 2000 et avant.**

**Lieu :** Polyvalente Hyacinthe-Delorme (gymnase)

**Quand :** Le dimanche, entre 18h30 et 20h30

**Durée :** 14 semaines

**Début :** 8 octobre (à confirmer – congé de l'Action de grâce...)

**Coût :** 1 000 \$ / équipe

**Nombre maximum de joueurs/équipe : 10 \***

*\* Prévoir des frais de 20\$ supplémentaires pour chaque joueur non affilié en 2017.*

*\* Tous les joueurs doivent compléter un formulaire et y inscrire le nom de leur équipe.*

**Paiement :** par chèque (libellé à l'ordre du FC Saint-Hyacinthe) ou en argent comptant

**Informations :** 450 778-8355 ou par courriel à [info@assh.ca](mailto:info@assh.ca)

**Visitez notre site Internet au [www.assh.ca](http://www.assh.ca)!**

*Merci à nos partenaires!*



ÉQUIPE : _____		Liste de joueurs	
Prénom : _____	Nom : _____	Date de naissance (J/M/A) : _____ / _____ / _____	
Adresse : _____		Code postal : _____	
Ville : _____		Téléphone : _____	
Courriel : _____		Date d'expiration (J/M/A) : _____ / _____ / _____	
Carte Accès-Loisir : _____		Date (J/M/A) : _____ / _____ / _____	
Blessure – maladie ou allergie : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>		Précisez : _____	
Prénom : _____	Nom : _____	Date de naissance (J/M/A) : _____ / _____ / _____	
Adresse : _____		Code postal : _____	
Ville : _____		Téléphone : _____	
Courriel : _____		Date d'expiration (J/M/A) : _____ / _____ / _____	
Carte Accès-Loisir : _____		Date (J/M/A) : _____ / _____ / _____	
Blessure – maladie ou allergie : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>		Précisez : _____	
Prénom : _____	Nom : _____	Date de naissance (J/M/A) : _____ / _____ / _____	
Adresse : _____		Code postal : _____	
Ville : _____		Téléphone : _____	
Courriel : _____		Date d'expiration (J/M/A) : _____ / _____ / _____	
Carte Accès-Loisir : _____		Date (J/M/A) : _____ / _____ / _____	
Blessure – maladie ou allergie : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>		Précisez : _____	
Prénom : _____	Nom : _____	Date de naissance (J/M/A) : _____ / _____ / _____	
Adresse : _____		Code postal : _____	
Ville : _____		Téléphone : _____	
Courriel : _____		Date d'expiration (J/M/A) : _____ / _____ / _____	
Carte Accès-Loisir : _____		Date (J/M/A) : _____ / _____ / _____	
Blessure – maladie ou allergie : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>		Précisez : _____	
Prénom : _____	Nom : _____	Date de naissance (J/M/A) : _____ / _____ / _____	
Adresse : _____		Code postal : _____	
Ville : _____		Téléphone : _____	
Courriel : _____		Date d'expiration (J/M/A) : _____ / _____ / _____	
Carte Accès-Loisir : _____		Date (J/M/A) : _____ / _____ / _____	
Blessure – maladie ou allergie : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>		Précisez : _____	