

	FICHE D'INSCRIPTION FUTSAL SENIOR MIXTE 2019-2020	FC SAINT-HYACINTHE 850, rue Turcot, bureau 207 Saint-Hyacinthe, QC J2S 1M2 www.assh.ca
NOM DE L'ÉQUIPE : _____ COULEUR : _____		
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) : _____ / _____ / _____		
RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION		
Paiement reçu le (J/M/A) : _____ / _____ / _____ Coût : 1 000 \$ / équipe Nom (chèque) : _____		

INSCRIPTIONS

FC Saint-Hyacinthe, 850, rue Turcot – du lundi au jeudi entre 9h et 17h

Le Futsal senior mixte s'adresse exclusivement personnes nées en 2002 et avant.

Lieu : Polyvalente Hyacinthe-Delorme (*gymnase*)

Quand : Le dimanche, entre 18h et 22h

Durée : 12 semaines

Début : 27 octobre

Coût : 1 000 \$ / équipe

➤ *Prévoir des frais de 20\$ supplémentaires pour chaque joueur non affilié en 2019.*

Nombre maximum de joueurs/équipe : 10 *

➤ *Tous les joueurs doivent compléter la liste de joueurs (pages suivantes de ce formulaire).*

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

Visitez notre site Internet au 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 : _____	

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 : _____	