



EXPRESS de BOUCHERVILLE - Saison 2010

Fiche d'inscription du participant

(SVP écrire lisiblement, merci)

Prénom : _____ **Nom :** _____

Adresse 1 : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Date de naissance du participant : jour : _____ mois _____ année _____

Courriel 1 : _____

Courriel 2 : _____

Téléphone 1 : _____

Téléphone 2 : _____

Nom de la mère : _____ Nom du père : _____

Urgence 1 : (nom et tél.) _____

Urgence 2 : (nom et tél.) _____

Activités : Camp de sélection 60\$ _____
Camp de préparation 135\$ _____
Camp de perfectionnement – récréatif (1 x / sem.) 80\$ _____
Autres _____ Paiement : Chèque (no) : _____ argent : _____

Déclaration du parent.

A ma connaissance, pour mon enfant, il n'y a pas d'empêchement à la pratique des activités et en particulier à la pratique des activités reliées au soccer.

- Je soussigné(e), déclare être titulaire de l'autorité parentale du joueur ci-haut mentionnée. Advenant que la personne soit blessée ou malade lors d'une activité de l'équipe et que cela nécessite en mon absence, l'intervention d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé, je demande au personnel désignée par la direction du Club de soccer Boucherville (CSB) (ci-après nommée le personnel de l'équipe), de me ou de nous contacter dès que possible à un des numéros de téléphones mentionnés. J'ai informé chaque personne pouvant être contactées en mon absence, de la nature des présentes. J'autorise le personnel de l'équipe, s'il le juge nécessaire, à confier le joueur(se) sans délai, à un médecin, un hôpital, une clinique ou un centre médical de son choix et à signer tous les documents requis par les autorités médicales, pour que ce joueur(se) reçoive les soins et l'attention médicale nécessaires à son état. Tous les frais engagés ou payés et tous les frais indirects, sans restriction, seront à ma charge. J'autorise par la présente le personnel de l'équipe, les professionnels de la santé, l'hôpital, la clinique ou le centre médical, à prodiguer ou à faire prodiguer au joueur (se) tous les soins, traitements ou interventions jugés nécessaires. J'autorise la divulgation ou la distribution de copies des présentes, à toutes personnes du centre ou professionnels de la santé ou à toutes institutions médicales ou paramédicales s'occupant du joueur (se). Sur demande verbale ou personnel de l'équipe, de l'entraîneur, du gérant ou d'une personne désignée par la direction du CSB, je m'engage à entrer en communication sans délai, avec les autorités médicales à qui aura été confié le joueur (se). Je dégage de toutes responsabilités le personnel de l'équipe et CSB dans l'exercice ou l'application des présentes.
- J'autorise le registraire à signer le formulaire du bordereau d'affiliation lorsque nécessaire pour émission du passeport des joueurs (ses) réservistes et réguliers des équipes compétitives du CSB.
- J'autorise le CSB à diffuser la liste finale de joueurs sélectionnés, incluant mon enfant, sur le site Internet du CSB.
- L'utilisation de photo des équipes de soccer est strictement réservée à l'usage du club de soccer pour diffusion sur le site internet, publicité et journaux. Vous devez nous signifier votre refus par courriel pour l'utilisation de photos individuelles dans le cadre de publicité liés aux activités du club.

Signature du parent

no d'inscription CSB : _____