

HOCKEY MINEUR DE ST-GABRIEL

Formulaire d'inscription 2016-2017

Nom :----- Prénom : -----

Adresse :-----

Ville :----- Code Postal : -----

Nom du père :----- Nom de la mère : -----

Tel travail : ----- Tel travail : -----

Cellulaire : ----- Cellulaire : -----

Tel maison : ----- Tel maison : -----

Date de naissance : Jour/Mois/Année ----- Âge :-----

Sexe :----- Courriel : -----

Catégories :Pré-Novice : 5 ans :----- 6 ans : -----

Novice : 7 ans : ----- 8 ans : -----

Atome:9-10 ans :-----Pee Wee:11-12 ans :----- Bantam:13-14 ans :-----

Midget :15-17 ans :----- Autre ligue :----- Gardien de but :-----

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LE JOUEURS

Numéro d'assurance maladie :-----

Médecin de famille :----- Téléphone :-----

Médicaments : -----

Information médicales importantes : _____

AUTORISATION DES PARENTS/TUTEURS

Par la présente ,le hockey mineur de St-Gabriel, ses entraîneurs, bénévoles, membres de l'exécutif et toutes autres personnes nommées par celle-ci, se dégagent de toutes responsabilités en cas d'accident, de pertes ou de toutes autres réclamations pouvant survenir à la suite de la participation de votre enfant aux activités du service des loisirs. Il est entendu que le sport de hockey comprend des risques et que les participants en sont conscients.

J'autorise----- a s'inscrire pour la saison 2016-2017

Signature du parent / tuteur :-----

Date : -----