

LIGUE DE SOCCER DE LA MONTÉRÉGIE

IDENTIFICATION DU JOUEUR			
Prénom - nom	Date de naissance (ANNÉE / MOIS / JOUR)	Catégorie	Réservé à la municipalité
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		

PROFIL DE SANTÉ

Le ou les enfants inscrits ont-ils des allergies à certains médicaments? ou aliments? OUI NON

Nom : _____

Le ou les enfants ont-ils des problèmes de santé? OUI NON

Asthme Cardiaque Diabète Épilepsie Autres : _____

Nom : _____

Je soussigné à titre d'autorité parentale ou tuteur de ou des enfants dont le nom apparaît à la « section identification du joueur » de la présente,

déclare ce qui suit : J'AUTORISE JE REFUSE

«qu'en cas d'urgence la direction de la municipalité de Saint-Paul-d'Abbotsford ainsi que l'entraîneur et les assistants ayant la charge de mon enfant fassent en sorte que lui soient prodigués tous les soins nécessaires requis par son état de santé. Si ces derniers le juge nécessaire, ceux-ci pourront également autoriser le transport de mon enfant par ambulance ou autrement (à mes frais) et à le faire admettre dans un établissement de santé. De plus, s'il est impossible de nous joindre en temps opportun, le médecin traitant pourra prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, transfusion, injections, anesthésie, hospitalisation, etc.».

RENSEIGNEMENTS

Nom de la mère : _____ # Téléphone _____ Cell. : _____

Adresse : _____ Saint-Paul-d'Abbotsford JOE 1A0 ou _____

Nom du père : _____ # Téléphone identique ou _____ Cell. : _____

Adresse : identique ou _____

DÉSIREZ-VOUS ÊTRE ABONNÉ À L'INFOLETTRE DE LA MUNICIPALITÉ? OUI COURRIEL _____ NON

Contact en cas d'urgence

Nom : _____ # Téléphone _____ Cell. : _____

Signature : _____

*Un montant de 25\$ sera nécessaire comme dépôt de sécurité pour le prêt d'un nouveau chandail de soccer. Ce montant vous sera remis au retour du chandail, la saison terminée.