



Soccer Amical Terrasse-Vaudreuil
Courriel : socceramicaltv@gmail.com

Formulaire d'inscription

Nouveautés :

1. Deux périodes d'inscription (résidents et non-résidents)
2. Places limitées pour chacun des groupes d'âge
3. Saison 2019 : **du 3 juin au 14 août 2019**

Instructions :

- Un formulaire d'inscription doit être complété pour chaque joueur(se).
- **L'enfant doit faire son entrée à la maternelle en sept. 2019 pour être admis.**
- Tarification en vigueur :
 - 60\$ par enfant résidant à Terrasse-Vaudreuil
 - 80\$ par enfant résidant dans une autre municipalitéCeci inclut : uniforme (chandail, short et bas), photo individuelle et médaille de participation, Mr. Freeze après chaque partie, souper de fin d'année pour le joueur.

Modes de paiements acceptés:

1. **Chèque**
 - a. Faites votre chèque au nom de « **Soccer Amical T-V** », daté du jour de l'inscription. Les chèques postdatés ne seront pas acceptés.
2. **Argent comptant**
3. **Paiement électronique (Interac)**
 - a. Faites parvenir votre transfert à socceramicaltv@gmail.com. Le paiement sera transféré lors de la réception du formulaire d'inscription.
 - b. Faites parvenir le formulaire par courriel **à la même adresse de courriel.**

Période d'inscription :

- **Cette année, les inscriptions se feront :**
 - **du 16 au 29 mars 2019 pour les résidents de Terrasse-Vaudreuil uniquement**
 - **du 30 mars au 13 avril 2019 pour tous.**
 - **AUCUNE INSCRIPTION NE SERA ACCEPTÉE APRÈS LE 13 AVRIL!**
- Nous serons disponibles pour les abonnements à la bibliothèque municipale aux dates et heures suivantes : Samedi le 30 mars de 10h à midi et mercredi le 3 avril de 19h à 21h.
- Vous pouvez en tout temps, durant la période d'inscription, apporter les formulaires d'inscription à l'Hôtel de Ville durant les heures d'ouverture.

Début de saison :

- **La saison débutera lundi le 3 juin 2019.**
- Deux séances de soccer par semaine sont prévues, les lundis et mercredis; l'horaire de chaque équipe sera donnée ultérieurement.
- L'inscription doit être en règle afin de pouvoir accéder au terrain.

Équipement requis (fourni par le membre) :

Protège-tibias, souliers de soccer à crampons (pas de métal), bouteille d'eau, chandail chaud.

Règlements :

Nous appliquons les lois du jeu de la FIFA avec les ajustements de **Soccer Amical T-V** et avons instauré un code d'éthique afin d'assurer le bon déroulement des parties.

En cas de pluie :

En cas de pluie, **nous aviserons les parents via courriel vers 17:30 et mettrons à jour la page Facebook** afin d'aviser si la partie aura lieu ou non.



FICHE D'INSCRIPTION SOCCER - SAISON ÉTÉ 2019

Remplir un formulaire par enfant (faire des copies au besoin)

IDENTIFICATION DU JOUEUR :	Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Nom de famille :	Prénom :
Date de naissance : ____ / ____ / ____ jj / mm / aaaa	Grandeur des vêtements :

IDENTIFICATION DU PARENT OU TUTEUR RESPONSABLE DU JOUEUR :	
SVP, nous aviser pour tout changement. Toutes les communications relatives à l'enfant identifié dans ce formulaire se feront avec la personne identifiée ci-après.	
Nom de famille :	Prénom :
Adresse :	Ville :
Code postal :	# Tél maison :
# Tél Cellulaire :	Courriel mère:
Lien avec l'enfant :	Courriel père:
Autre personne responsable de l'enfant (s'il y a lieu) :	
Nom :	
# téléphone :	

AUTORISATION PARENTALE POUR L'UTILISATION DES PHOTOS DU JOUEUR

J'autorise Je n'autorise pas **Soccer Amical T-V** à utiliser des photos de mon enfant, prises lors des entraînements, des matchs ou des événements reliés aux activités du **Soccer amical T-V** et qui auront lieu durant la saison 2019 et ce, pour fins de promotion et/ou sur Facebook.

SIGNATURE : _____ DATE : _____



FICHE SANTE

Veillez remplir ce formulaire en lettres moulées.

ALLERGIES		
Fièvre des foins	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Animaux*	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Piqûres d'insectes*	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Pansements adhésifs*	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Médicaments*	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Alimentaires*	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
*Préciser :		
ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX		
Souffre-t-il des conditions suivantes?		
Asthme	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Diabète*	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Épilepsie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Neurologique*	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Cardiaque*	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Autres*	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
*Préciser :		
MÉDICAMENTS		
Votre enfant prend-il des médicaments? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Les prend-il lui-même? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Nom des médicaments :		
Posologie :		
Préciser :		

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline?
 Épi-Pen Allerject Autre : _____
Date d'expiration : _____ **Dosage :** 0.3mg 0.15mg

Rempli par : _____

Date : _____

Signature : _____