



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

Formulaire d'inscription

Nouveautés :

1. Cette année, nous comptons sur des parents bénévoles afin d'assurer une saison agréable et sécuritaire; celle-ci aura donc lieu seulement si nous avons assez de bénévoles.
2. Saison 2020 : **du 6 juillet au 26 août 2020**

Instructions :

- Un formulaire d'inscription doit être complété pour chaque joueur(se).
- **L'enfant doit faire son entrée à la maternelle en sept. 2020 pour être admis.**
 - Tarification en vigueur : ***exceptionnellement, la saison 2020 sera sans frais.***

Période d'inscription :

- **Cette année, les inscriptions se feront jusqu'au 3 juillet, et seront ouvertes aux résidents seulement. Par la suite, si les espaces de jeu le permettent, nous ouvrirons des places pour les non-résidents.**

Début de saison :

- **La saison débutera lundi le 6 juillet 2020.**
- 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 identifiée au nom de l'enfant, 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 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"/>
Piqures 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 : _____