

# BOLIDES D'OTTAWA

DDKKK  
ÉCOLE DE SOCCER  
ÉCOLE DE SOCCER

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

Date de naissance : (année-mois-jour) \_\_\_\_\_  Mâle  Femelle

Courriel: \_\_\_\_\_

Parent/tuteur #1: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Parent/tuteur #2: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Choix du programme :  U6 – U8  -- U10  – U12   U14 –  U15

Votre enfant a-t-il des problèmes médicaux ou des allergies ? Si oui, s'il vous plaît expliquer.

---

---

Votre enfant a-t-il un besoin particulier ? Si oui, s'il vous plaît expliquer.

---

---

Je donne ma permission d'amener mon enfant à l'hôpital ou au médecin en cas d'urgence.  Oui  Pas

Je donne la permission de permettre à mon enfant de recevoir un traitement médical soit par voie de premiers soins par une personne qualifiée appropriée, soit par un médecin à l'hôpital ou à l'endroit où il se rend.  Oui  Non

Relation au participant :  Père  Mère  Tuteur légal

Toutes les mesures raisonnables seront prises pour contacter le (s) parent (s), tuteur (s) immédiatement en cas d'urgence.

---

## Prise en charge du risque :

Je comprends les risques inhérents à l'activité physique. Au nom de l'enfant que je garde, j'accepte ces risques et j'accepte de participer au programme énuméré ci-dessus. Je renonce à toute procédure judiciaire de ma part ou au nom de personnes agissant en mon nom contre les organisateurs et leur personnel, pour tout dommage ou autre inconvénient que mon enfant tout en participant au programme ou en voyageant à et à partir du programme.

Address: 2040 Jasmine Crescent, Gloucester, ON K1J 8K5

Programme de soccer (Summer season) – du 25 mai au 24 août 2019.

Options de paiement: **\$150 par participant**

- Paiement électronique
- Interac visa
- carte de crédit
- Cash ou chèque

