

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

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.

Adresse du terrain : Gloucester High School, 2060 Ogilvie Rd, Gloucester, ON K1J 7N8

Programme de soccer (Winter season) – du 25 octobre 2019 au 24 avril 2020.

Options de paiement : \$150 par participant

- Paiement électronique @ viccjp74@yahoo.fr
- Interac visa
- cash

