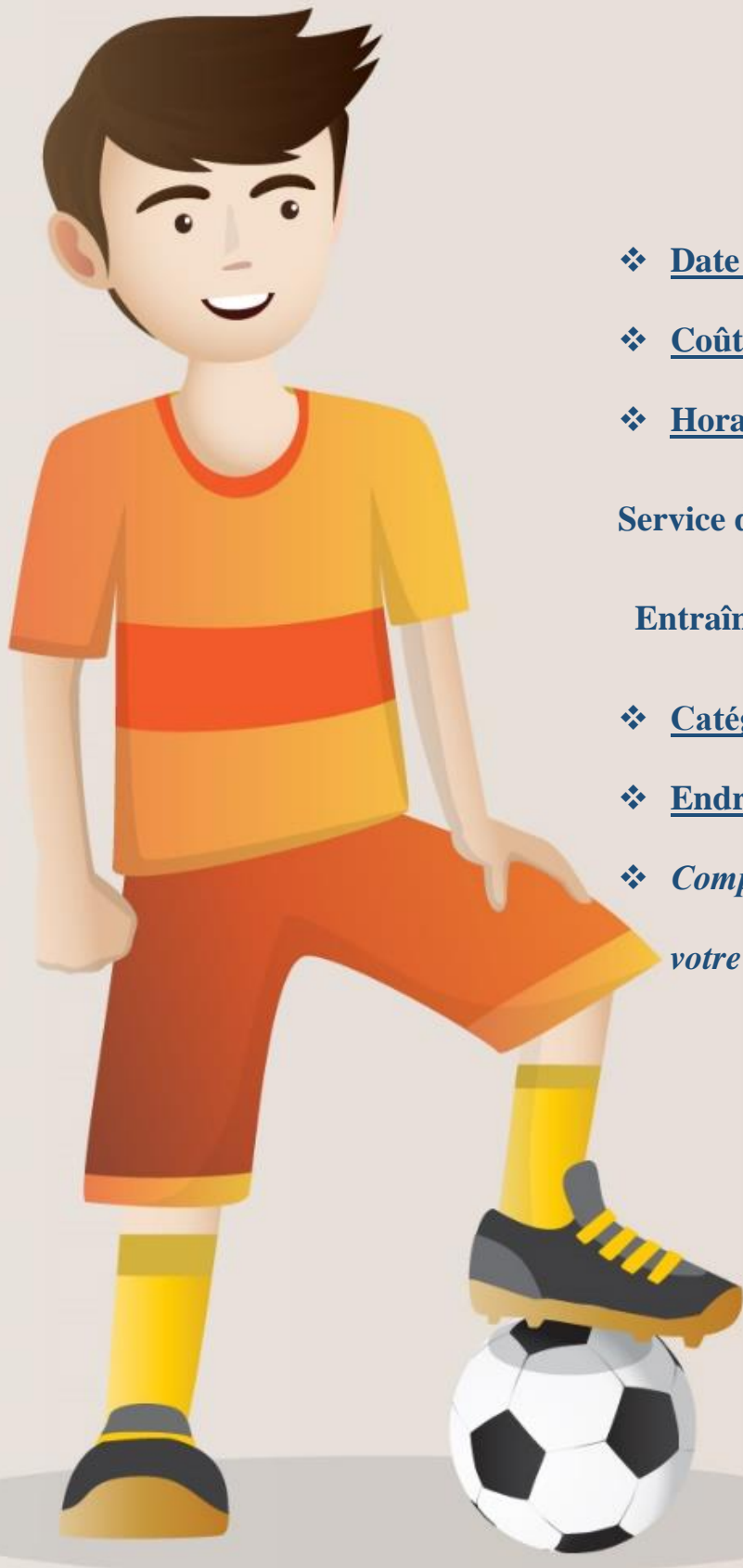


# Séance de Perfectionnement

## Journée Pédagogique



❖ Date : 22 Février 2019

❖ Coût : 20\$ par joueur

❖ Horaire possible :

Service de garde (7 h 30 à 16 h 30)

Entraînement (8 h 30 à 16 h)

❖ Catégorie d'âge: 8 à 12 ans

❖ Endroit : Polyvalente de Matane

❖ *Compléter le formulaire à l'endos pour confirmer  
votre inscription*

# Formulaire d'inscription

**Coût: 20 \$**

(Polyvalente de Matane, 455 Avenue St Rédempteur, Matane, QC G4W 1K7)

**\*\* (Paiement comptant ou par chèque seulement) Prière d'écrire en lettres moulées. \*\***

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : (J/M/A) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexe : M  F

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

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

Nom de la mère : \_\_\_\_\_ Nom du père : \_\_\_\_\_

Mère : Maison : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_ Cell. : \_\_\_\_\_

Père : Maison : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_ Cell. : \_\_\_\_\_

Personne à contacter en cas d'urgence (autre que les parents) :

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Renseignements médicaux ou allergies : \_\_\_\_\_

#ass. Maladie : \_\_\_\_\_

Je, soussigné-e, comprends les risques inhérents à l'activité physique. Au nom de l'enfant dont j'ai la garde, j'accepte ces risques et je consens à ce qu'il participe au programme indiqué ci-dessus. Je renonce à toute poursuite judiciaire de ma part ou de la part de personnes agissant en mon nom contre les organisateurs et leur personnel, pour les blessures ou autres désagréments que pourrait subir mon enfant lors de sa participation au programme ou lors des déplacements pour se rendre aux lieux du programme et lors de la sortie.

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

JJ MM AAAA

Signature du parent ou tuteur légal

**Toute demande de remboursement des frais de camp doit être envoyée à l'Association de soccer de Matane par courrier électronique ([info@asmatane.ca](mailto:info@asmatane.ca)).**

- Date Limite des inscriptions le 15 Février 2019