

Pour nous aider, veuillez s.v.p remplir cette page ainsi que le profile médical à l'ordinateur, imprimer le tout et l'apporter à l'inscription

# FICHE D'INSCRIPTION SAISON ÉTÉ 2010

Nom  Prénom

Sexe  Féminin  Masculin Date de naissance  (Année mois jour)

Adresse  Ville

Code Postal  Téléphone Maison  # Passeport si connu

Club en 2009   Muté Carte d'assurance maladie

Local  Micro  U7 à U10  U11 à u21  
Compétitif  U9A à U10A  U11A  U12A à U18A  U12AA à U18AA  
 Sénior A  Sénior  Vétérans  AAA

1er parent ou tuteur  Téléphone Maison   
Cellulaire  Courriel

2ième parent ou tuteur  Téléphone Maison   
Cellulaire  Courriel

Signature parent ou tuteur \_\_\_\_\_

(Remplir aussi le profil médicale à la page suivante)  
Veuillez apporter 2 photos format passeport à l'inscription

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION ASMC

Mode de paiement  Argent comptant \_\_\_\_\_  Date d'entrée comptabilité \_\_\_\_\_  
Année mois jour

Chèque #1 \_\_\_\_\_  Chèque #2 \_\_\_\_\_  Chèque #3 \_\_\_\_\_  Chèque #4 \_\_\_\_\_  Chèque #5 \_\_\_\_\_

Rabais \$50  Photo 4\$  Autre \_\_\_\_\_ Montant total

# Formulaire : Profil médical des joueurs

***Ces données sont traitées de façon confidentielle. Elles ne sont recueillies que dans un but préventif***

Nom  Prénom  Date de naissance

Équipe  Téléphone  Téléphone en cas d'urgence

**1. L'athlète souffre-t-il de :**  Asthme  Diabète  Épilepsie  Autres maladies importantes

Indiquez :

2. Indiquez les allergies importantes, s'il y a lieu

**3. L'enfant porte-t-il des lentilles cornéennes ou verres de correcteurs ?**

Oui  Non Commentaire

**4. Donnez une description des blessures antérieures**

Commentaire

**5. L'athlète doit-il prendre des médicaments régulièrement ?**  Oui  Non

Si oui, indiquez les quels

Peut-il s'administrer ses propre médicaments ?  Oui  Non

**6. Fournir toutes autres informations suceptibles de compléter ce profil médical**

Commentaire

---

Signature du joueur, du parent ou du tuteur