

Club de soccer d'Ormstown Soccer Club

Formulaire d'inscription / Registration form

| | |
|--|---|
| Nom du joueur(euse) Player's name _____ | Date de naissance Birth Date _____ |
| Adresse Address _____ | |
| Municipalité Municipality _____ | Code Postal Postal Code _____ |
| Téléphone Résidence/Home _____ | Téléphone Cell. _____ |
| Courriel/ E-Mail _____ | À l'usage du registraire/For use of Registrar |
| Numéro de carte d'assurance maladie Insurance Card Number _____ | N° de passeport Passport N° _____ |
| Noms des parents Names of parents _____ | Niveau/Level _____ Coût/Cost _____ |

Les demandes de remboursement pour les frais d'inscription seront acceptées jusqu'au 15 mai de la saison courante. Après cette date, aucune demande de remboursement ne sera acceptée, sauf pour raison médicale, sur présentation d'un billet du médecin. Les frais d'affiliation, frais de retard et des frais d'administration de 10% seront alors retenus.

Requests for a reimbursement of the registration fees will be accepted until May 15th of the current season. After that date, no reimbursement demand will be considered unless a medical note is provided. The affiliation fees, late fees and administration fees of 10% will then be withheld.

Je reconnais que le Club répartira les joueurs(euses) dans les différentes équipes en fonction de leur niveau respectif et en tenant compte de l'intérêt collectif du Club. J'accepte que le Club soit le seul à prendre les décisions pour la formation des équipes.

I acknowledge that the Club will place the players among the teams according to their respective levels and while taking into consideration the collective interest of the Club. I agree that the Club has the sole right to take all decisions for the formation of the teams.

X _____ Date _____

Fiche médicale – Medical information

Informations médicales importantes : (épilepsie, diabète, problèmes orthopédiques, allergies)
Important medical information : (Epilepsy, diabetes, orthopedic problems, allergies)

Blessures à la tête, au dos, aux articulations (depuis 2 ans) :
Head, back, limb injuries in the last 2 years: _____

Médicaments pris régulièrement (sauf les vitamines) :
Medications taken regularly (except vitamins) : _____

Dernière injection contre le tétanos :
Last tetanus injection : _____