



RINGUETTE 4 CITÉS

FORMULAIRE D'INSCRIPTION POUR LA SAISON 2011-2012

Chaque nouvelle joueuse (qui n'a jamais fait partie du club) doit se présenter à l'inscription avec une **photocopie de sa carte d'assurance maladie**.

Nom	Prénom
Adresse	
Ville	
Code Postal	
Téléphone	
Date de naissance (jj/mm/aa)	Âge au 31 décembre 2011
Numéro d'assurance maladie	
Nom du père	Courriel
Nom de la mère	Courriel
Signature du parent :	
Catégorie lors de la saison 2010-2011 :	Niveau : AA A B C

MODE DE PAIEMENT :

- Pré-inscription : 4 paiements égaux datés du 1^{er} juillet, 15 juillet 2011, 1^{er} août et 1^{er} septembre 2011.
- Inscription régulière : 3 paiements égaux datés du 1^{er} septembre, 1^{er} octobre et 1^{er} novembre 2011.
- Inscription régulière : 1 seul versement

MODE DE REMBOURSEMENT :

Un remboursement effectué avant le 1^{er} novembre 2011 sera fait au prorata du temps de glace utilisée. Aucun remboursement ne sera fait après cette date

À L'USAGE DU REGISTRAIRE

Pré-Inscription

<i>1^{er} versement 1^{er} juillet 2011</i>	<i>2^{ème} versement 15 juillet 2011</i>	<i>3^{ème} versement 1^{er} août 2011</i>	<i>4^{ème} versement 1^{er} septembre 2011</i>	<i>Total</i>

Inscription régulière

<i>1^{er} versement 1^{er} septembre 2011</i>	<i>2^{ème} versement 1^{er} octobre 2011</i>	<i>3^{ème} versement 1^{er} novembre 2011</i>	<i>Total</i>

(CONFIDENTIEL ET OBLIGATOIRE)



BILAN DE SANTÉ
Saison 2011-2012

IL EST IMPORTANT DE DONNER TOUS LES RENSEIGNEMENTS QUI AIDERONT À ASSURER LE BIEN-ÊTRE ET LA SÉCURITÉ DE VOTRE ENFANT.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse :

No. Rue Ville Code Postal

Date de Naissance : _____

No d'assurance maladie : _____ Date Exp. : _____

Nom et prénom du père : _____

Tél. Résidence : _____ Tél. Travail : _____

Nom et prénom de la mère : _____

Tél. Résidence : _____ Tél. Travail : _____

Autre personne à contacter :

Nom : _____ Tél. : _____

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Allergies (spécifiez) : _____

Asthme : Oui _____ Non _____

Diabète : Oui _____ Non _____

Épilepsie : Oui _____ Non _____

Autres maladies : _____

Opérations antérieure : _____

Traumatismes récents : _____

Infections récentes : _____

Médication actuelle : _____

Date du dernier vaccin tétanos : _____

Autres informations pertinentes : _____

J'AUTORISE LE CENTRE DE SANTÉ À EFFECTUER TOUS LES EXAMENS ET TRAITEMENTS JUGÉS NÉCESSAIRES.

Signature du parent ou tuteur

(Lettres moulées)

(Signature)

(Date)