



Fédération de soccer du Québec

Bordereau d'affiliation des membres Member affiliation form

PTS

Nom:
Name:

No de membre:
Member number:

Prénom:
First Name:

Année d'affiliation:
Affiliation year: **2019**

Adresse:
Address:

Sexe:
Sex:

Ville:
City:

Date de naissance:
Date of birth:

Code postal:
Postal code:

Classe:
Class:

Téléphone:
Telephone:

Catégorie:
Category:

Téléphone #2:
2nd Telephone:

Région: COTE-NORD
Region:

Courriel (oblig):
E-mail (mand):

Club: NORD SOC SEPT ILES

Statut:	Citoyen canadien Canadian citizen	Résident permanent Permanent resident	Dem. statut réfugié Req. refugee status	Avez-vous déjà joué à l'ext. du Canada? Have you ever played outside of Canada?	OUI YES	NON NO
---------	--------------------------------------	--	--	--	------------	-----------

Joueur: Player:	Hiver: Winter:	Entraîneur: Coach:	Moniteur: Monitor:	Arbitre: Referee:
Équipe actuelle: Current team:	Club:	PNCE CC#: NCCP CC#:		Niveau: Level:
Club précédent: Previous club:	Classe: Class:	Année filtration policière Police screening year		Date du dernier cours: Date of last course:
		Niveau technique: Technical:		
		Niveau théorique: Theory:		

En signant cette demande d'inscription, vous devenez éligible à participer aux activités sanctionnées par la Fédération de soccer du Québec et/ou l'Association régionale de soccer (ARS) et vous vous engagez à respecter la réglementation en vigueur. Le membre atteste que toutes les informations sur ledit document sont exactes. En signant ce bordereau, j'accepte de recevoir des informations pertinentes provenant de la Fédération de soccer du Québec.

By signing this application, you become eligible to take part in the activities sanctioned by the Quebec Soccer Federation and/or its Regional Soccer Association and you commit yourself to respect the regulations in effect. Notice: In the event of any inconsistencies, the French version will prevail. The member certifies that the information on this document is accurate. By signing this form, I agree to receive relevant information from the Quebec Soccer Federation.

Signature: _____

Date: _____

Pour les membres de moins de 14 ans, la signature d'un tuteur est obligatoire
If the member is under 14 years of age, a parent or legal guardian must sign this application form

Seuls les employés de la fédération, les dirigeants, leurs représentants et mandataires auront accès aux renseignements contenus dans ce bordereau.
Only the employees of the Federation, the administrators, their representatives and agents will have access to the information contained in this form.

RÉSERVÉ AU CLUB - RESERVED FOR THE CLUB

RÉSERVÉ A L'ARS - RESERVED FOR RSA

Signature du registraire:
Registrar's signature:

Sceau
ARS
Seal

Date d'affiliation:
Date of registration:



FICHE MÉDICALE DU JOUEUR

PRÉNOM: _____ NOM : _____ CATÉGORIE : U - ____

ADRESSE : _____ TÉL : _____

VILLE : _____ CODE POSTAL : _____

COURRIEL : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ # ASSURANCE-MALADIE : _____ - _____ - _____ EXP : ____/____

COURRIEL : _____

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE : TÉLÉPHONE

1. NOM _____ Lien : _____ Soir : _____ Jour : _____ Cell. : _____

2. NOM _____ Lien : _____ Soir : _____ Jour : _____ Cell. : _____

3. NOM _____ Lien : _____ Soir : _____ Jour : _____ Cell. : _____

PROFIL MÉDICAL :

SOUFFRE-T-IL DE...	Oui	Non	EST-IL ALLERGIQUE À ...	Oui	Non
Asthme			Arachides et noix		
Diabète			Aspirine, pénicilline		
Épilepsie			Herbe à puce		
Évanouissement			Piqûres d'insectes		
Problème cardiaque			Produits laitiers		
Problème respiratoire			Autres (précisez)		

AUTRES PRÉCISIONS :

Prends-t-il des médicaments sur une base régulière ? Oui Non Spécifiez _____

Est-il en possession de ses médicaments ? Oui Non

Sait-il administrer ses médicaments ? Oui Non

A-t-il eu des blessures sérieuses antérieures ? Oui Non Spécifiez _____

Porte-t-il des verres de contact ? Oui Non Lunettes

AUTRES CONDITIONS NÉCESSITANT DES SOINS PARTICULIERS _____

ÊTES-VOUS UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ PRÊT À ADMINISTRER LES PREMIERS SOINS?

OUI NON ET VOTRE CONJOINT ? OUI NON

TRAITEMENT D'URGENCE

1. Par la présente, j'autorise en cas d'accident ou de maladie, en mon absence du lieu de la pratique ou de la partie, la direction de l'équipe à entreprendre les démarches requises pour consulter un professionnel de la santé ou à hospitaliser mon enfant.
2. Je m'engage à défrayer tous les coûts relatifs aux soins de santé non couverts par la Régie de l'AMQ qui pourraient découler des démarches mentionnées plus haut.
3. Je m'engage à aviser la direction de l'équipe de tout changement en ce qui a trait à l'information ci-dessus.

Signature du parent ou tuteur si moins de 18 ans

Date