Inscription BASEBALL Saint-Jude 2020

Nom et prénom de l'enfant: _____

Adresse : _____ Ville : _____

Numéro de téléphone : _____ Numéro d'urgence : _____

Numéro d'assurance maladie :_____ _____ _____ EXP : _____/_____

Date de naissance : _____ / _____ / _____ Sexe de l'enfant : M ☐ F ☐

Jour Mois Année

Catégorie : **4-6 ANS** ☐ **7-9 ANS** ☐ **10-12 ANS** ☐

Votre enfant a-t-il une condition médicale particulière ?

Si oui, laquelle : _____

A-t-il des allergies? Oui ☐ Non ☐ A-t-il avec lui un auto-injecteur d'épinéphrine? Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquelles? _____

Nom du père (tuteur) : _____

Nom de la mère (tuteure) : _____

Courriel : _____

Êtes-vous intéressé à : - Être entraîneur responsable ou assistant OUI ☐ NON ☐

Coût : 20 $ / enfant, chandail, bas et casquette inclus
Gant de baseball requis
Pantalons longs et souliers à crampon recommandés

Grandeur de l'uniforme requis

Enfant					Adulte		
XS	S	M	L	XL	S	M	L
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

☐ J'autorise les loisirs de Saint-Jude à utiliser des photos de mon enfant sur leur site web, sur leur page web ou dans le journal municipal dans un but promotionnel.

☐ J'autorise les loisirs de Saint-Jude ou tout responsable bénévole formé à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires, à mon enfant, à transporter mon enfant par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire (s'il y a urgence), et à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'intervention chirurgicale, des injections et l'hospitalisation et m'engage à défrayer tous les coûts associés à une telle pratique.

En signant la présente, je confirme avoir lu les modalités ci-dessus et accepte les termes et conditions qui y sont stipulés.

Signature du parent : _____ **Date :** _____

Section réservée à l'administration

Complété par : _____ ☐ Chèque ☐ Comptant

Montant total reçu : _____ Date du paiement : _____ # de reçu_____