



DEK HOCKEY

MUNICIPALITÉ DE ST-RÉMI-DE-TINGWICK

INSCRIPTION ÉTÉ 2024

ENFANTS 7 ANS ET + : 30.00\$ / CH

Début de la saison de dek hockey pour les enfants
mercredi le 29 mai 2024 à 18h15-19h45
(2 groupes d'âges-45 min chaque)

ADULTES : 50.00\$ / CH

Début de la saison de dek hockey pour les adultes
mercredi le 29 mai 2024 à 19h45

(Formulaires disponibles au bureau municipal,
sur le site web et la page Facebook)

MODE DE PAIEMENT:

Bancaire, Interac, chèque ou argent au bureau
municipal

* Pour les paiements Interac: il est important d'envoyer votre
formulaire d'inscription avant le virement.*
info@st-remi-de-tingwick.qc.ca Mot de passe: loisirs

JOUEUR / EUSE	ADULTE	ADULTE
Nom et prénom		
# de téléphone		
Âge		
Adresse		
Ville		

INSCRIPTION ADULTE – DEK HOCKEY – ÉTÉ 2024

SIGNATURE / MODE DE PAIEMENT		
Signature :	Date :	
Pour les paiements Interac, veuillez utiliser l'adresse : info@st-remi-de-tingwick.qc.ca Raison : Dek Hockey Question : Pourquoi Réponse : loisirs		
Comptant : <input type="checkbox"/>	Chèque : <input type="checkbox"/>	Interac : <input type="checkbox"/>
Coûts totaux :	\$ (50\$ par adulte)	

INSCRIPTION ENFANT (7 ans et +) DEK HOCKEY – ÉTÉ 2024

JOUEUR / EUSE	1 ^{ER} ENFANT	2 ^E ENFANT	3 ^E ENFANT	4 ^E ENFANT
Nom et prénom				
Date de naissance				
Âge				
Adresse				
Ville				

RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS OU TUTEURS		
	Mère ou tuteur	Père ou tuteur
Nom et prénom		
Adresse		
Code postal		
Téléphone (rés.)		
Téléphone (bur.)		
Téléphone (cell.)		
Courriel (obligatoire)		

FICHE SANTÉ					
<u>Souffre-t-il des maux suivants ?</u>	Oui	Non	<u>A-t-il des allergies ?</u>	Oui	Non
Asthme			Fièvre des foins		
Diabète			Herbe à puce		
Épilepsie			Piqûres d'insectes *		
Migraines			Animaux *		
Autres, préciser :			Médicaments *		
			Allergies alimentaires *		
			*Préciser :		



Déclaration Du Parent: à ma connaissance, pour mon enfant, il n'y a pas d'empêchement à la pratique des activités reliées au dek hockey. J'autorise, en cas de blessure ou de maladie alors que je suis absent, la direction de l'équipe à entreprendre les démarches requises pour faire transporter mon enfant dans un centre de santé. Je m'engage à rembourser les frais de transport de mon enfant dans un établissement de santé et à défrayer tous les coûts du centre de santé non couverts par la régie de l'assurance maladie du Québec. Je m'engage à aviser la direction de l'équipe de tout changement concernant l'information ci-dessus. J'autorise la direction de l'équipe à diffuser des photos des équipes de soccer sur le site internet, publicité et journaux.

SIGNATURE / MODE DE PAIEMENT		
Signature :	Date :	
Pour les paiements Interac, veuillez utiliser l'adresse : info@st-remi-de-tingwick.qc.ca Raison : Dek Hockey Question : Pourquoi Réponse : loisirs		
Comptant : <input type="checkbox"/>	Chèque : <input type="checkbox"/>	Interac : <input type="checkbox"/>
Coûts totaux :	\$ (30\$ par enfant)	