



SOCCER LIGUE AMICALE INFORMATIONS SAISON 2024



Les inscriptions se feront :

23 mars 2024 de 9h00 à 13h00

OÙ

Bureau de la municipalité

Réunion de parents :

Mardi 9 mai 18h30

Date de début :

14 mai 2024 (pratique)

COÛT D'INSCRIPTION

***Indiquez le nombre d'enfant pour chaque catégorie.

Groupes	Catég.	Année de naissance	Nombre d'enfant	Tarifs	Total \$	Pratiques	Parties (Match)
				inclus \$ ligue			
¹ Bantam	U16	2008 à 2010		x 80 \$		A voir (lundi)	A voir (Merc)
PeeWee	U13	2011 à 2013		x 70 \$		Jeudi, 19h30	Mardi, 19h30
Atome	U10	2014 à 2016		x 70 \$		Jeudi, 18h30	Mardi, 18h30
² Moustique	U8	2017 à 2019		x 40 \$		Mercredi, 18h30	
³ Mini-Moustique	U4	2020		x 40 \$		Mercredi, 18h30	
				Total :			
Numéro existant de vos joueurs							

¹ **Bantam**, s'il n'y a pas assez de joueurs, nous inviterons les joueurs de Saint-Guillaume à se joindre à notre équipe.

² **Moustique**, des joueurs des catégories U16 et U13 peuvent 'coacher' les Moustiques, sur approbation de Dominic Allard.

³ **Mini-moustique**, les parents doivent pratiquer en duo avec leur enfant sur le terrain.

⁴ **Moustique** et **Mini-moustique**, l'horaire reste à confirmer,

IMPORTANT

-Nous avons besoin de 30 joueurs minimum pour former la 2^e équipe de U10.

-Nous utiliserons les t-shirts de l'an passé. Il est important d'indiquer le numéro de joueur de votre enfant. Il y aura la possibilité d'en acheter un de remplacement.

-Nous vous suggérons fortement de lire les règles du soccer à 7 ainsi que le code d'éthique de notre ligue à l'adresse suivante : <https://www.ligueamicaledesoccer.com/reglements>

RENCONTRE D'INFORMATIONS (PARENTS SEULEMENT)

Le mardi 9 mai à 18h30, au terrain de soccer, il y aura une réunion rapide et obligatoire aura lieu pour présenter



SOCCER LIGUE AMICALE

FICHE DE SANTÉ SAISON 2024



	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4
Prénom				
Nom				
Date de naissance				
Adresse				
Téléphone				
Courriel				
N. Ass. Maladie				
Expiration :				
Catégorie	U-	U-	U-	U-
Je veux un nouveau t-shirt (20\$)	Grandeur :	Grandeur :	Grandeur :	Grandeur :
J'utiliserai mon t-shirt 2023	#	#	#	#

Personnes à contacter			
	Personne # 1	Personne # 2	Personne #3
Prénom, Nom			
Cellulaire			

Profil médical																	
Souffre-t-il de ...	Oui				Non				Est-il allergique à ...	Oui				Non			
	Enfant				Enfant					Enfant				Enfant			
	1	2	3	4	1	2	3	4		1	2	3	4	1	2	3	4
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arachides et noix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Produits laitiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspirine, pénicilline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évanouissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herbe à puce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problème cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piqûres d'insectes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres (précisez) _____

Traitement d'urgence

- 1-En cas d'accident ou de maladie, en mon absence du lieu de la pratique ou de la partie, j'autorise 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.

Date

Siganture du parent ou tuteur légal

Interne
Client : _____