

CATÉGORIE
VEUILLEZ COCHER LA CATÉGORIE
S'APPLIQUANT À VOTRE ENFANT

- U-6 Années de naissance: 2012-2013
 U-8 Années de naissance: 2010-2011
 U-10 Années de naissance: 2008-2009
 U-12 Années de naissance: 2006-2007
 U-14 Années de naissance: 2004-2005
 U-16 Années de naissance: 2002-2003

PAIEMENT

Chèque : _____ Comptant : _____

SVP, faire le chèque à l'ordre de :
Association de soccer du Transcontinental

Nous avons besoin de bénévoles pour former le comité organisateur de la saison 2018.

() Oui, je suis intéressé(e) à faire partie du comité organisateur de l'Association de soccer.

SIGNATURE DU PARENT: _____

DATE: _____



**Service des Loisirs de
Pohénégamook**
1309, rue Principale
Pohénégamook
Tél.: 863-7722 # 4106



**Service du Loisir de
Rivière-Bleue**
36, rue des Pins Est
Rivière-Bleue
Tél.: 893-5559 # 2

Soccer Transcontinental

Été 2018



AVIS DE RECHERCHE:

Arbitres pour la réalisation de la prochaine saison. **Une compensation sera versée.** Toutes les personnes intéressées doivent donner leur nom à : Steven Bouchard ou Patrick Cyr.

Entraîneurs 2018 :
Loic Sachot, Patrick Dubé,
Dannick Dumont

Coût d'inscription

60 \$ pour le 1^{er} enfant
50 \$ pour le 2^e enfant et les suivants
50 \$ pour les U6, avec implication des parents lors des pratiques
10 \$/dépôt pour le chandail

Début et fin des activités

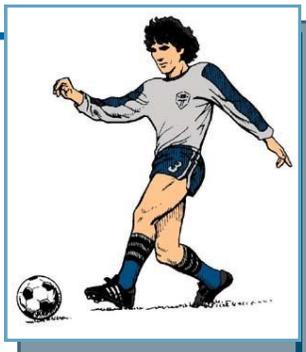
Les activités s'étendront de la mi-mai (à l'intérieur) à la mi-août. L'entraîneur communiquera avec vous pour la date de début. Soir : à déterminer selon les entraîneurs.

Inscription

Pour inscrire votre enfant, veuillez compléter le formulaire ci-joint et le faire parvenir, avec le paiement, au bureau municipal de Rivière-Bleue ou Pohénégamook, d'ici le 9 mai 2018. Aucun remboursement après 2 pratiques.

Ligue adulte

Une ligue adulte est aussi disponible pour tous. (débutant & intermédiaire)
Soir à déterminer avec les joueurs.



Information

Patrick Cyr, 863-7722 poste 4104



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

NOM DE L'ENFANT : _____

DATE DE NAISSANCE: _____ / _____ / _____
JOUR MOIS ANNÉE

SEXE: F M ÂGE: _____

ADRESSE: _____

Nom d'un parent: _____

Tél. maison: _____

Tél. travail: _____

PRÉVENTION SÉCURITÉ

Nom du médecin de famille: _____

Tél. _____

Numéro d'assurance-maladie: _____

Expiration : _____

Est-ce que l'enfant souffre des problèmes suivants ?

Allergies: Oui Non (Si oui précisez: _____)

Maux de tête: Oui Non

Saignements de nez: Oui Non

Asthme: Oui Non

Autres: _____

L'enfant doit-il prendre des médicaments ?

Oui Non (Si oui précisez: _____)

Indications: _____