



3v3 soccer Canada
Formulaire d'inscription-Registration form

Nom/Last name : _____

Prénom/First name: _____

Adresse/address _____

Date de naissance/D.O.B: _____

Tel: _____

Courriel/email: _____

A contacter en cas d'urgence/emergency contact

Nom/Name: _____

Tel: _____

Cochez le programme désiré/choose program interested

Tournoi 3v3 _____

Camp d'été 3v3-summer camp _____

Entraînement privé/private training _____

Entraînement semi privé/semi-private training _____

Programme hiver 3v3-Winter program _____

Camp d'identification Universitaire/University ID camp _____

Paiement/Payment check _____ Comptant/ Cash _____ etransfer _____

ACCEPTATION DES RISQUES, LA RENONCIATION, ET LA LIBÉRATION DE RESPONSABILITÉ

Je, soussigné(e) en tant que parent _____

accepte que le/la participant(e) soit soumis au règlement de 3v3 soccer Canada. et de l'association des académies et affiliés.

Je reconnais les risques de blessures corporelles associés à la pratique normale du soccer. J'enlève la charge de responsabilité à 3v3 soccer Canada de ces associés et commandites, des employés, des propriétaires du gymnase et de tout autre emplacement utilisé pour les programmes, contre toute sorte de réclamation au nom du/de la participant(e). Je comprends que toutes les informations personnelles collectées par 3v3 soccer Canada serviront uniquement au 3v3 soccer Canada qui est une compagnie privée et assurée. Mes informations personnelles seront gardées confidentielles et ne seront pas partagées à d'autres personnes que les administrateurs autorisés par 3v3 soccer Canada.

Je, soussigné(e), déclare être titulaire de l'autorité parentale du/de la participant(e) ci-haut mentionné(e). Je demande au personnel de 3v3 Soccer Canada ou à toute autre personne désignée par la direction de 3v3 soccer Canada, de me contacter au numéro de téléphone au verso, advenant que le/la participant(e) soit blessé ou malade et que cela nécessite l'intervention d'un médecin. Si la situation

l'impose, j'autorise 3v3 soccer Canada à confier le/la participant(e) sans délai à un médecin, un hôpital, une clinique ou tout centre médical. J'autorise

la divulgation des renseignements contenus dans ce document à toute personne ou institution médicale ou para médicale s'occupant

du participant(e). Je m'engage à entrer en communication, sans délai, avec les autorités médicales à qui sera confié le/la participant(e),

sur demande verbale du personnel de 3v3 soccer Canada, ou d'une personne désignée par la direction de 3v3 soccer Canada.

Des frais de \$25 seront facturés pour tout chèque sans provision.

___ J'autorise 3v3 soccer Canada. à utiliser les photos, vidéos, du/de la participant(e) aux activités de 3v3 soccer Canada.

ASSUMPTION OF RISK, WAIVER, AND RELEASE FROM LIABILITY I, as the parent/guardian of

_____, agree that the registrant will abide by the rules of 3v3 soccer Canada, its member academies and affiliates. Recognizing the possibility of physical injury associated with soccer and in consideration for the individual organization accepting the registrant for its programs and activities, I hereby release, discharge, and/or indemnify to 3v3 soccer Canada, its affiliated organizations and sponsors, their employees and associated personnel, including the owners of gymnasiums and facilities used for the Programs, against any claim by or on behalf of the registrant as a result of the registrant's participation in the Programs and/or being transported to or from the same, which transportation I hereby authorize. I understand that any personal information collected on 3v3 soccer Canada forms is collected and intended to be used to enable 3v3 soccer Canada. to deliver its programs to its members. 3v3 soccer Canada is a insured private compagnie. My personal information will be kept secure and will not be shared with anyone other than those individuals charged with administering the 3v3 soccer Canada programs or in cases where disclosure is required to participate in a 3v3 soccer Canada sanctioned event. I hereby give consent for emergency medical care provided by an athletic trainer, coach, team manager, emergency medical technician, nurse, medical treatment facility, and/or licensed Doctor of Medicine or Doctor of Dentistry. This care may be given under whatever conditions are necessary to preserve the life, limb, or well-being of my dependent. A fee of \$25 will be charged for all returned checks. ___ I give my full permission to 3v3 soccer Canada, to use the registrant name, likeness, photographs, videotapes or other recordings of the registrant that are made during his/her participation in 3v3 soccer Canada events, for promotional purposes.

Signature des parents si moins de 16 ans: _____

Parents signature if Under 16 years old

Date: _____

