



Formulaire d'inscription - Saison 2015-2016

**SAINT-LAURENT
SÉLECT**

Prénom Nom

Date de naissance F M

Adresse

Ville Code Postal

Téléphone - Maison Téléphone - Autre

Adresse courriel

Numéro d'assurance maladie

Numéro Carte-loisirs Date d'expiration

Nom du parent responsable

Groupe Entraîneur

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche

En m'inscrivant, j'accepte que le club d'athlétisme Saint-Laurent Sélect inc. utilise des photos, des vidéos, des statistiques de performance ou des informations personnelles limitées (catégorie d'âge, ville de résidence) provenant des dossiers du club contenant des informations me concernant à des fins promotionnelles et de diffusion et renonce à tout droit d'auteur, de rémunération, de recours ou de poursuites de quelque nature que ce soit contre le club d'athlétisme Saint-Laurent Sélect inc. ou contre ses administrateurs.

Signature _____ Date _____

Si la personne a moins que 18 ans, la signature de son tuteur est requise

Nom (en lettre moulées) _____

Signature _____ Date _____