



# Fédération de soccer du Québec

## Bordereau d'affiliation des membres

### Member affiliation form

PTS

Nom: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_

No de passeport: \_\_\_\_\_  
Passport number: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_  
First Name: \_\_\_\_\_

Année d'affiliation: **2012**  
Affiliation year: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_

Sexe: Masc.  Fém.   
Sex: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_  
Date of birth: \_\_\_\_\_ AAAA/MM/JJ

Code postal: \_\_\_\_\_  
Postal code: \_\_\_\_\_

Classe: Loc  « A »  « AA »  « AAA »   
Class: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_  
Telephone: \_\_\_\_\_

Catégorie: **U-**  
Category: \_\_\_\_\_

Téléphone #2: \_\_\_\_\_  
2nd Telephone: \_\_\_\_\_

Région: **LAVAL**  
Region: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

Club: **ÉTOILES DE L'EST (6105)**

Joueur: <input type="checkbox"/> Player: _____	Hiver: _____ Winter: _____	Entraîneur: <input type="checkbox"/> Moniteur: <input type="checkbox"/> Gérant: <input type="checkbox"/> Coach: _____ Monitor: _____ Manager: _____	Arbitre: _____ Referee: <input type="checkbox"/>
Équipe actuelle: Current team: _____	Club: _____	PNCE : CC# _____ NCCP CC# _____	Niveau: _____ Level: _____
Club précédent: Previous club: _____	Classe: _____ Class: _____	Niveau technique: _____ Technical: _____	Date du dernier cours: _____ Date of last course: _____
		Niveau théorique: _____ Theory: _____	

En signant cette demande d'inscription, vous devenez éligible à participer aux activités sanctionnées par la Fédération de soccer du Québec et / ou l'Association régionale de soccer (ARS) et vous vous engagez à respecter la réglementation en vigueur. Le membre atteste que toutes les informations sur ledit document sont exactes.  
*By signing this application, you become eligible to take part in the activities sanctioned by the Fédération de Soccer du Québec and / or Regional Soccer Association and you commit yourself to respect the regulations in effect. Notice: In the event of any inconsistency, the French version will prevail. The member certifies that the information on this document is accurate.*

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

*Pour les membres de moins de 14 ans, la signature d'un tuteur est obligatoire.  
If the member is under 14 years of age, a parent or legal guardian must sign this application form*

Seuls les employés de la Fédération, les dirigeants, leurs représentants et mandataires auront accès aux renseignements contenus dans ce bordereau.  
Only the employees of the Federation, the administrators, their representatives and agents will have access to the information contained in this form.

# Assurance Maladie \_\_\_\_\_ # Carte Avantages Laval : \_\_\_\_\_

Père ou tuteur (Prénom – Nom) : \_\_\_\_\_ Mère ou tutrice (Prénom – Nom) : \_\_\_\_\_

Je n'inscris pas mes enfants conditionnels à mon choix personnel d'un entraîneur ou d'une équipe. J'ai pris connaissance de la politique de remboursement

Avez-vous déjà joué dans une équipe de soccer d'un autre club : Oui Non

RÉSERVÉ À L'ARS - RESERVED FOR THE RSA

Signature du registraire : \_\_\_\_\_  
Registrar's signature : \_\_\_\_\_  
Date d'affiliation : \_\_\_\_\_  
Date of registration : \_\_\_\_\_

