



# 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: **CENTRE-SUD DE LAVAL (6101)**

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 sansctionnées 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) : \_\_\_\_\_

J'ai pris connaissance de la politique de remboursement : Oui  Mettez vos initiales \_\_\_\_\_

Jouez-vous compétition : Oui  Non  Voulez-vous être évalué pour la compétition : Oui  Non

**CENTRE-SUD DE LAVAL SE RÉSERVE LE DROIT D'ACCEPTER OU REFUSER TOUTE DEMANDE D'AFFILIATION**  
**RÉSERVÉ AU CLUB - RESERVED FOR THE CLUB** Montant payé : \_\_\_\_\_

Paiement : Chèque # \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Comptant reçu # \_\_\_\_\_ Carte Débit  \_\_\_\_\_

RÉSERVÉ À L'ARS - RESERVED FOR THE RSA

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

