

# HOCKEY-MINEUR DE SAINT-GABRIEL

## Formulaire d'inscription 2026

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

NOM DE DU PÈRE : \_\_\_\_\_ NOM DE LA MÈRE : \_\_\_\_\_

TÉL. TRAVAIL : \_\_\_\_\_

TÉL. TRAVAIL : \_\_\_\_\_

CELLULAIRE : \_\_\_\_\_

CELLULAIRE : \_\_\_\_\_

TÉL. MAISON : \_\_\_\_\_

TÉL. MAISON : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE (JOUR/MOIS/ANNÉE) : \_\_\_\_\_

SEXE : \_\_\_\_\_

COURRIEL : \_\_\_\_\_

CATÉGORIE :

**PRÉ-NOVICE** 5 ANS \_\_\_\_\_ 6 ANS \_\_\_\_\_ **NOVICE** 7 ANS \_\_\_\_\_ 8 ANS \_\_\_\_\_

**ATOM** 9-10 ANS \_\_\_\_\_ **PEE-WEE** 11-12 ANS \_\_\_\_\_ **BANTAM** 13-14 ANS \_\_\_\_\_

**MIDGET** 15-17 ANS \_\_\_\_\_ **AUTRE LIGUE** \_\_\_\_\_ **GARDIEN DE BUT** : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LE JOUEUR

NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE : \_\_\_\_\_

MEDECIN DE FAMILLE : \_\_\_\_\_ TÉL : \_\_\_\_\_

MÉDICAMENTS : \_\_\_\_\_

INFORMATIOIN MÉDICALE IMPORTANTE : \_\_\_\_\_

### AUTORISATION DES PARENTS/TUTEURS

Par la présente, le hockey mineur de Saint-Gabriel, ses entraîneurs, bénévoles, membres de l'exécutif et toutes autres personnes nommées par celle-ci, se dégagent de toutes responsabilités en cas d'accident, de pertes ou de toutes autres réclamations pouvant subvenir à la suite de la participation de votre enfant aux activités du service des loisirs. Il est entendu que le sport de hockey comprend des risques et que les participants en sont conscients.

J'autorise \_\_\_\_\_ à s'inscrire pour la saison 2026.

Signature du parent / tuteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_