**FICHE INSCRIPTION**

PROGRAMME TRIPLE S

**JANVIER-MARS 2020**

[WWW.ELITESAAA.COM](http://WWW.ELITESAAA.COM)

|  |  |
| --- | --- |
| INFORMATIONS SUR LE JOUEUR / joueuse | |
| NOM, Prénom | , |
| DATE DE NAISSANCE  (Jour/Mois/Année) | -    - |
| ADRESSE |  |
| # CARTE ASS. MALADIE |  |
| TÉLÉPHONE | (     )     -      (     )     - |
| NOM, Prénom de la MÈRE | , |
| ADRESSE COURRIEL |  |
| NOM, Prénom du PÈRE | , |
| ADRESSE COURRIEL |  |
| NIVEAU DE HOCKEY  SAISON 2019-2020 | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Novice** |  | **Atome** |  | **Pee-wee** |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **PW AAA** | **AA** | **BB** | **A** | **B** | **C** | |
| PROGRAMME | Inscription  **45$ 1 SESSION**  **160$ 4 SESSIONS**  **360$ 9 SESSIONS**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | PATINEURS | CODE | COÛT | X | | 1 SESSION | 3066 | 45 $ |  | | 4 SESSIONS | 3088 | 160 $ |  | | 9 SESSIONS | 3091 | 360 $ |  | |  | |  |  | | **GARDIENS CODE** | | **COÛT** | X | | 1 SESSION | 4066 | 45 $ |  | | 4 SESSIONS | 4088 | 160 $ |  | | 9 SESSIONS 4091 | | 360 $ |  | |
| DATES (COCHEZ) : | 5 JAN  19 JAN  2 FÉV  23 FÉV  1 MARS  8 MARS  15 MARS  22 MARS  29 MARS  OU - LES 9 SESSIONS |
| INFORMATIONS MÉDICALES IMPORTANTES (allergies, blessures,…) | ,       , |

**Politique de remboursement \***En cas d’annulation, nous retiendrons 25$ pour frais d’administration \*Aucune compensation financière ne sera émise en cas de retard, blessure ou arrêt du programme.

J’autorise ÉCOLE HOCKEY EXPRESS ET L’ACADÉMIE DE HOCKEY LA GANG à publier des photos/vidéos de mon enfant sur le site internet [www.elitesaaa.com](http://www.elitesaaa.com) et sur nos pages Facebook.

OUINON

Je comprends que les règles et instructions données par les membres du personnel de nos programmes sont primordiales pour assurer la sécurité des participants et le bon fonctionnement du programme, et se doivent d’être respectées.

**Description des risques :**

L’école de hockey de l’Express et l’Académie de Hockey La Gang se dégagent de toutes responsabilités en ce qui concerne les blessures encourues durant les sessions. Les dommages causés à la propriété et/ou les objets perdus ou volés sont la responsabilité du joueur. Je comprends que la description de ces risques n’est pas complète et que d’autres risques inconnus ou imprévus peuvent entraîner des blessures. Compte tenu du fait, je reconnais par la présente entente que je suis conscient des risques associés ou reliés à la pratique du hockey sur glace. Je reconnais que j’ai lu et compris cette entente et que j’accepte les risques physiques associés à la participation de mon enfant aux activités de la pratique du hockey sur glace.

LA PRÉSENTE ENTENTE DOIT ÊTRE SIGNÉE PAR UN PARENT OU TUTEUR DE L’ENFANT.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOM ET PRÉNOM DU RESPONSABLE LÉGAL DATE SIGNATURE

Veuillez nous retourner votre formulaire ainsi que votre chèque de à l’ordre de : **Cédrick Ivall**

**Virement ou argent comptant acceptés. 19 rue Boyes, GATINEAU, QC**

**J8P 2A2**