

LIGUE
ADULTES

EVOLUTION

DIVISION OF ZONE BASKETBALL

ADULT
LEAGUE

FORMULAIRE D'INSCRIPTION / REGISTRATION FORM

Nouveau Membre / New Member: ☐

Renouvellement / Renewal: ☐

Prenom / Name: _____

Nom de Famille / Family Name: _____

Sexe / Sex: _____

Date de Naissance (jour/mois/année) / Date of Birth (day/month/year): _____

Cellulaire / Cellular: _____

Courriel / Email: _____

Telephone Maison / Home Phone: _____

Adresse / Address: _____

Ville / City: _____

Code Postale / Postal Code: _____

Niveau / Level: _____

En Cas d'Urgence / In Case of Emergency:

Rélation / Relation: _____

Nom / Name: _____

Téléphone / Telephone: _____

Cellulaire / Cellular: _____

Assurance Maladie / Medicare #: _____

Date d'Expiration / Expiry Date: _____

Condition(s) Médicale ou Allergies / Medical Condition(s) or Allergies: _____

Programmes / Programs:

Récréatif / Recreational: ☐

Compétitif / Competitive: ☐

Sessions:

Sessions - Groupes: ☐

Automne / Hiver - Fall / Winter: ☐

Printemps / Été - Spring / Summer: ☐

Taille / Size: _____

T-Shirt: _____

Shorts: _____

Consentement

En inscrivant au programme de Zone Basketball Academy, je, sousigné(e), consent a ce qu'il participe a la gamme complet des activités prévues au programme et sorties, et a ce que le responsable ou son assistant, dans l'éventualité d'un accident ou d'une maladie, autorise en mon nom toutes les procédures, y compris le transport et l'admission à l'hôpital et l'administration de toutes traitements qu'il juge essentiels pour la sante et le bien-être de moi sus mentionné. De telles mesures ne doivent être prises que s'il est impossible de rejoindre immédiatement le contact d'urgence. J'ai lu et je comprends et j'accepte les conditions de paiement et la politique de remboursement. Je me suis renseigné(e) sur la nature des risques et je les accepte, ainsi que l'exonération complete de Zone Basketball Academy de toutes responsabilité concernant tous risques.

*** Toutes les photos seront utilisées pour les buts promotionnels.**

Consent

In registering to Zone Basketball Academy program, I the undersigned, am permitted to participate in the full range of activities, including outings. I authorize the responsible and his/her assistant, in the event of accident or illness affecting the above-named person, to authorize on my behalf all procedures, including transportation and admission to hospital and necessary treatment therein, as deemed essential for the the care and well being of said person. Such action is taken only when immediate contact with the emergency contact cannot be made. I have read and understand and agree to the conditions of payment and policies. I acknowledge that the service contracted may have certain risks. I am aware of any risks and accept these risks and completely exonerate Zone Basketball Academy and its partners from any responsibilities regarding all risks.

*** All photographs will be used for promotional purposes.**

Des frais d'administration de 20% et la participation aux entraînements et matchs seront déduits du montant payé si l'inscription est annulée.
Administration fee of 20% and attendance of practices and games will be taken off the amount paid if registration is cancelled.

zonebasketball@outlook.com

Nom / Name

Ville de Signature / City of Signature

Signature / Signature

Date de Signature / Date of Signature

