



CLUB DE SOCCER DE TROIS-RIVIÈRES

6455, rue Notre-Dame-Ouest, bureau 1, Trois-Rivières, G9A 5A6
Téléphone : 819-376-2009

CAMP PERFORMANCE CS DE TROIS-RIVIÈRES

Développement – Plaisir – Respect

Coûts : Membre du CS T-R – 100,00\$ / Non-membre du CS T-R – 125,00\$

Le camp de performance est obligatoire pour tous les athlètes U9 à U15 de première sélection.

*****Les joueurs et joueuses évoluant en local dans l'ensemble de ces catégories sont les bienvenus au sein du programme.*****

Le programme performance s'échelonne sur 9 semaines durant l'été (du 26 juin au 25 août). Une fois que le programme performance débute, les équipes qui sont tenues de participer au programme se voient retirer un entraînement en soirée au profit des deux entraînements en matinée. Le camp performance se déroule de 9h jusqu'à 12h. Nous accueillons les athlètes à partir de 8h30.

Camp de jour : **5\$ entre 12h et 16h** Service de garde : **\$ 5,00 entre 7h30 à 8h30 et 16h à 17h30**

Paiement avant le : 15 juin 2017 (Retourner ce formulaire avec le paiement par chèque à l'ordre du CSTR, au gérant de votre équipe)

Pour toutes informations supplémentaires : Shany Black : shany.black@cstr.ca

Prénom : _____ Nom : _____ Sexe : M F

Date de naissance : _____ Catégorie : _____ #Ass.Mal. : _____

Allergie : _____

Cette section est à remplir seulement si votre enfant provient d'un autre club

Adresse : _____ Code postale : _____

Personne à contacter en cas d'urgence (Lien parenté) : _____ (_____)

Tél. (Maison) : _____ Tél. (Travail) : _____ Cellulaire : _____

Adresse courriel : _____

Autorisez-vous votre enfant à être pris en photo pendant la durée du camp? Oui Non

Autorisez-vous votre enfant à quitter les lieux par ses propres moyens à la fin des activités du camp? Oui Non

IMPORTANT : VEUILLEZ SIGNER L'AUTORISATION DE PARTICIPATION ET NOUS LE RETOURNER AVEC L'INSCRIPTION.

En signant la présente, j'autorise la direction du camp à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires. Si la direction le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. De plus, s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du camp à prodiguer à mon enfant séjournant au camp, tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation.

J'autorise mon enfant à participer au Camp de Performance du Club de Soccer de Trois-Rivières. Je suis conscient (e) des risques inhérents à la pratique du soccer et c'est en connaissance de cause que j'accepte de ne pas rendre le CS Trois-Rivières ou ses moniteurs responsables en cas d'accident.

Date : _____ Signature (parent ou tuteur) : _____

Club de Soccer de Trois-Rivières