



Fédération de soccer du Québec

Bordereau d'affiliation des membres Member affiliation form

PTS

Nom:
Name:

No de membre:
Member number:

Prénom:
First Name:

Année d'affiliation: **2020**
Affiliation year:

Adresse:
Address:

Sexe: **M** **F**
Sex:

Ville:
City:

Date de naissance:
Date of birth:

Code postal:
Postal code:

Classe:
Class: **A**

Téléphone:
Telephone:

Catégorie:
Category:

Téléphone #2:
2nd Telephone:

Région: **LAC ST-LOUIS**
Region:

Courriel (oblig):
E-mail (mand):

Club: **WESTMOUNT**

Statut:	Citoyen canadien Canadian citizen	Résident permanent Permanent resident	Dem. statut réfugié Req. refugee status	Avez-vous déjà joué à l'ext. du Canada? Have you ever played outside of Canada?	OUI YES	NON NO
---------	--------------------------------------	--	--	--	------------	-----------

Joueur: Player:	X	Niver: Winter:	Entraîneur: Coach:	Moniteur: Monitor:	Arbitre: Referee:
Équipe actuelle: Current team:		Club:	PNCE CC#: NCCP CC#:		Niveau: Level:
Club précédent: Previous club:		Classe: Class:	Année filtration policière Police screening year:		Date du dernier cours: Date of last course:
			Niveau technique: Technical:		
			Niveau théorique: Theory:		

En signant cette demande d'inscription, vous devenez éligible à participer aux activités sanctionnées 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. En signant ce bordereau, j'accepte de recevoir des informations pertinentes provenant de la Fédération de soccer du Québec.

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. By signing this form, I agree to receive relevant information from the Quebec Soccer Federation.

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.

PLAYER/PARENT UNDERSTANDS AND CONSENTS :

- 1) THEY ARE RESPONSIBLE FOR PAYING ANY FINES IMPOSED BY THE LEAGUE ON THE PLAYER. FINES MAY BE IMPOSED FOR RED CARDS OR OTHER SERIOUS DISCIPLINARY ACTION.
- 2) PLAYER PHOTOS MAY BE USED BY CLUB FOR NON-COMMERCIAL PURPOSES ON WEBSITE AND SOCIAL MEDIA
- 3) CONFIRMS THAT HAS READ CLUB CODE OF CONDUCT <https://westmountsoccer.org/code-of-conduct/> CONTAINING THE PROCESS TO REPORT IMPROPER CONDUCT AND THE CONTACT PERSON FOR THE POLICY FOR THE PROTECTION OF CHILDREN

RÉSERVÉ A L'ARS - RESERVED FOR RSA

Signature du registraire:
Registrar's signature:

Sceau
ARS
Seal

Date d'affiliation:
Date of registration:

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Ce questionnaire médical doit être rempli par tous les membres désirant participer aux activités du club pour l'été 2020. Pendant cette période de COVID-19, il est primordial que tout un chacun soit conscient des risques associés à la pratique sportive.

DURANT LES 12 DERNIERS MOIS :

OUI NON

1 | Y'a-t-il des historiques de maladies cardiaques dans votre famille?

2 | Êtes-vous atteint de diabète?

3 | Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme)?

4 | Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin?

5 | Avez-vous suivi un traitement médical de longue durée?

À CE JOUR :

OUI NON

6 | Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé?

7 | Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive?

SI VOUS AVEZ RÉPONDU NON À TOUTES LES QUESTIONS :

Vous êtes en mesure de débiter vos activités

SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À UNE OU PLUSIEURS DES QUESTIONS :

Vous devez fournir un billet médical ou une autorisation médicale avant de pouvoir participer à des activités sportives SI votre condition n'est pas déjà suivi par un médecin.

RECONNAISSANCE DE RISQUE COVID-19

Le nouveau coronavirus, COVID-19, a été déclaré pandémie mondiale par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Le **COVID-19** est extrêmement contagieux et se propagerait principalement par contact de personne à personne. Par conséquent, les autorités gouvernementales, tant locales que provinciales et fédérales, recommandent diverses mesures et interdisent divers comportements, le tout dans le but de réduire la propagation du virus.

(*Nom de la Fédération*) et ses membres, dont (*nom du Club/de la Ligue*) fait partie, s'engagent à se conformer à toutes les exigences et recommandations de la Santé publique du Québec et autres autorités gouvernementales, et à mettre en place et adopter toutes les mesures nécessaires à cet effet. Cependant (*Nom de la Fédération*) et (*nom de l'organisme*) ne peuvent garantir que vous (ou votre enfant, si le participant est mineur/ou la personne dont vous êtes le tuteur ou le responsable légal) ne serez pas infecté par le **COVID-19**. De plus, votre participation aux activités pourrait augmenter vos risques de contracter le **COVID-19**, malgré toutes les mesures en place.

En signant le présent document,

- 1) Je reconnais la nature hautement contagieuse du **COVID-19** et j'assume volontairement le risque que je (ou mon enfant, si le participant est mineur/ou la personne dont je suis le tuteur ou le responsable légal) puisse être exposé ou infecté par le **COVID-19** par ma (sa) participation aux activités de (*Nom de la Fédération*) ou de (*nom du Club/de la Ligue*). L'exposition ou l'infection au **COVID-19** peut notamment entraîner des blessures, des maladies ou autres affections ;
- 2) Je déclare que ma participation (ou celle de mon enfant, si le participant est mineur/ou la personne dont je suis le tuteur ou responsable légal) aux activités de (*Nom de la Fédération*) ou de (*nom du Club/de la Ligue*) est volontaire ;

- 3) Je déclare que ni moi (ou mon enfant, si le participant est mineur/ou la personne dont je suis le tuteur ou responsable légal), ni personne habitant sous mon toit, n'a manifesté des symptômes de rhume ou de grippe (incluant de la fièvre, toux, mal de gorge, maladie respiratoire ou des difficultés respiratoires) au cours des 14 derniers jours ;
- 4) Si moi (ou mon enfant, si le participant est mineur/ou la personne dont je suis le tuteur ou responsable légal), éprouve des symptômes de rhume ou de grippe après la signature de la présente déclaration, je (ou mon enfant si le participant est mineur/ou la personne dont je suis le tuteur ou responsable légal) m'engage à ne pas me (se) présenter ou participer aux activités de (*Nom de la Fédération*) (ou de *nom du Club/de la Ligue*) durant au moins 14 jours après la dernière manifestation des symptômes de rhume ou de grippe.
- 5) Je déclare que ni moi (ou mon enfant, si le participant est mineur/ou la personne dont je suis le tuteur ou responsable légal), ni personne habitant sous mon toit, n'a voyagé à l'extérieur du Canada, dans les 14 derniers jours. Si je (ou mon enfant si le participant est mineur/ou la personne dont je suis le tuteur ou responsable légal) voyage à l'extérieur du Canada après avoir signé la présente déclaration, je (ou mon enfant si le participant est mineur/ou la personne dont je suis le tuteur ou responsable légal) m'engage à ne pas me (se) présenter ou participer aux activités de (*Nom de la Fédération*) (ou de (*nom du Club/de la Ligue*) durant au moins 14 jours après la date de retour de voyage.

Le présent document demeurera en vigueur jusqu'à ce que (*Nom de la Fédération*) reçoive les directives des autorités gouvernementales provinciales et de la Santé publique du Québec, à l'effet que les engagements contenus à la présente déclaration ne sont plus nécessaires.

J'AI SIGNÉ LA PRÉSENTE DÉCLARATION LIBREMENT ET EN TOUTE CONNAISSANCE DE CAUSE.

Nom du participant (lettres moulées)

Nom du parent/tuteur/responsable légal
(si le participant est mineur ou ne peut légalement donner son accord)

Signature du participant

Signature du parent/tuteur/responsable légal

Lieu/Date : _____

