Association de Baseball Amateur de Dollard
12001 Boulevard de Salaberry, Suite H-173, Dollard-des-Ormeaux, Quebec, Canada H9B 2A7
Téléphone: (514) 683-0386, Courriel: contactus@dollardbaseball.com, Site Web: http://www.dollardbaseball.com

Formulaire d'Inscription – Cliniques de Baseball d'Hiver 2017

INFORMATION DE L'ATHLÈTE

Nom: _____ Date de Naissance: ____ / ____ / ____ Sexe: M [ ] F [ ]
Prénom, Nom de Famille — Jour / Mois / Année

Addresse: _____ Ville: _____ Code Postal: _____

Téléphone (maison): (____) _____ Téléphone (travail): (____) _____

Cellulaire (Père): (____) _____ Cellulaire (Mère): (____) _____

Courriel: _____

Noms des Parents: Père: _____ No. d'Assurance Maladie: _____

Mère: _____

LA CLINIQUE

12 semaines ***Sujet à la fermeture de l'école pour le congé de mars*

Location: **École Dollard Des Ormeaux, 35 Rue Anselme-Lavigne. Dollard Des Ormeaux**

Dates: le 21, 28 Janvier – 4, 11, 18, 25 Février – 4,11,18, 25 Mars – 1 et 8 d'Avril

CATÉGORIES	Année de Naissance	Heures	Montants ► 2 options disponible◄
Atome [ ]	2008-2009	11h00 – 12h30	les 12 semaines pour $99 ou $15 par semaine**
Moustique et PeeWee [ ]	2004-2007	12h45 – 14h15	

Pour ceux qui sont intéressé, il y aura des cliniques de lanceurs chaque semaine pour les joueurs de l'âge Moustique et PeeWee. Ces cliniques additionnelles sont inclus dans le prix, et dureront 1 heure, entre 14h30 et 15h30 chaque Samedi.

*Si la capacité de la gymnase est atteinte, la priorité sera accordée aux personnes inscrites a la programme complète.
Le programme sera offert en supposant d'une inscription suffisante.

Rappel: Jusqu'à ce que ABAD obtien tous les frais d'inscription, un joueur ne peut participer aux activités ABAD
Consentez-vous à autoriser DABA d'utiliser la photo de votre enfant dans les publications: O [ ] N [ ]

Accord: Moi, le parent ou le tuteur de la personne inscrite ci-dessus, donne mon approbation pour sa participation au programme ABAD. Je conviens que les joueurs seront distribués à des groupes à la discrétion de ABAD. J'assumerai tous les risques et dangers pour la personne inscrite, incluant le transport vers et depuis les activités, que ce soit sur un terrain de baseball ou ailleurs. Je renonce, libère, absous, indemnise et accepte de dégager inoffensif ABAD et tous ses bénévoles, officiels et affiliés pour les réclamations découlant d'une blessure à la personne inscrite, que ce soit le résultat d'une négligence ou pour toutes autres causes.

Signature du parent ou tuteur : _____ Date: _____

Pour Usage Administrative Seulemant:

Amt Due	Amt Paid	Cheque(s) Received			Cash Received		Received by REGISTRAR	
$	$	No. No.	Date Date	$ $	$	Rcvd by:	Date:	Initials: