



**FORMULAIRE DES MEMBRES NON-ADMISSIBILITES
À L'ASSURANCE ACCIDENT DE LA
FÉDÉRATION DE SOCCER DU QUÉBEC (Soccer Québec)**

Par la présente, je soussigné(e) déclare que je ne suis pas couvert(e) couvert par un régime d'assurance maladie fédéral ou provincial (Article 1.11 Règles de fonctionnement)

Je suis conscient(e) que je ne suis pas admissible à l'assurance accident de la Fédération de soccer du Québec (Soccer Québec) et j'assume toutes les conséquences et responsabilités qui peuvent en résulter.

Nom et prénom du membre :

Signature :	Date
--------------------	-------------

Pour un membre de moins de seize (16) ans le formulaire doit être signé par le tuteur légal

Nom du tuteur légal	
Lien de parenté	
Signature	Date

Informations du membre	
Nom :	Prénom :
Adresse	
Ville :	Code postal :
Je suis couvert par une assurance-accident d'une autre province OUI / NON	
Nom de la province :	
Je suis couvert par une assurance-accident personnelle : OUI / NON	
Nom de la compagnie :	
Numéro de la police :	

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION	
ARS :	
Nom du responsable :	Date :

IMPORTANT : VEUILLEZ FAIRE PARVENIR UNE COPIE DE CE FORMULAIRE AUX BUREAUX DE LA FÉDÉRATION DE SOCCER DU QUÉBEC DÈS QUE SIGNÉ.