



**FORMULAIRE
DES MEMBRES NON ADMISSIBLES À
L'ASSURANCE ACCIDENT DE LA
FÉDÉRATION DE SOCCER DU QUÉBEC**

Par la présente, je soussigné(e) déclare que je ne suis pas couvert(e) 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 et j'assume toutes les conséquences et responsabilités qui peuvent en résulter.

Nom 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 :

Lien de parenté :

Signature :

Date :

INFORMATIONS DU MEMBRE

Nom :

Adresse :

Ville :

Code postal :

Je suis couvert par une assurance-accident d'une autre province

Nom de la province :

Je suis couvert par une assurance-accident personnelle :

Nom de la compagnie :

Numéro de police :

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

ARS :

Nom du responsable :

Date :

**VEUILLEZ FAIRE PARVENIR UNE COPIE DE CE FORMULAIRE
AUX BUREAUX DE LA FÉDÉRATION DÈS QUE SIGNÉ.**