



**FORMULAIRE DES MEMBRES NON ADMISIBLES 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.**