



# Tournoi de hockey provincial de la santé 42<sup>e</sup> édition - 3 au 5 mai 2019

*Au profit de la Fondation de ma vie*



## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

DATE LIMITE D'INSCRIPTION : 1 AVRIL 2019

MAXIMUM 15 JOUEURS/ÉQUIPE INCLUANT LE GARDIEN

Nom de l'équipe :	
Nom de la personne responsable :	
Ville :	
Code Postal :	
Courriel :	
# de cellulaire :	
Classe inscrite :	
Couleur des chandails :	

**Conditions d'inscription :** Les organisateurs de la 42<sup>e</sup> édition de tournoi de hockey provincial de la santé et la Fondation de ma vie ne pourront être tenus responsables pour tout incident, vol, coups ou blessures subies avant, pendant ou après l'activité.

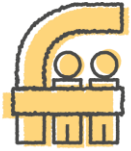
Toutes les personnes participantes doivent prendre connaissance des règlements du tournoi, de les accepter et de s'y conformer, sous peine d'expulsion.

L'inscription est non remboursable.

Le coût d'inscription est de 550\$ (**Incluant les passes du tournoi- 5\$/joueur**). Le paiement doit se faire par chèque, libellé au nom de la Fondation de ma vie ou par carte de crédit. Le paiement doit être envoyé **au plus tard le 1<sup>er</sup> avril 2019**.

### **Le chèque doit être envoyé par la poste à :**

Fondation de ma vie  
A/S Tournoi de hockey provincial de la santé  
305, rue St-Vallier  
Chicoutimi (QC)  
G7h 5H6



la fondation  
de *ma vie*

Par Carte de crédit :  Visa  MasterCard

Nom du détenteur : \_\_\_\_\_

No de la carte : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Date d'expiration : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_



\* Les informations doivent être complètes pour être valides.

Vous pouvez nous téléphoner pour le paiement au 418-541-1234 poste 3524.

- **Le formulaire peut être envoyé par la poste également ou par courriel à :**  
sylvainharvey73@gmail.com

### Liste des joueurs/ joueuses

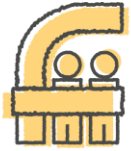
Veillez identifier les joueurs qui sont des employés de votre CISSS ou CIUSSS en inscrivant leur # d'employé et ceux qui ont un lien, veuillez inscrire le # numéro d'employé de la personne agissant comme lien avec votre CISSS ou CIUSSS. Pour les joueurs employés du réseau de la santé et les personnes agissant comme lien, le responsable de l'équipe devra fournir une copie de leur carte d'employé ou la carte du lien soit par courriel ou par la poste avant le 1 avril.

Prénom et nom de famille :	_____
Position :	_____
Employé, lien :	_____

Prénom et nom de famille :	_____
Position :	_____
Employé, lien :	_____

Prénom et nom de famille :	_____
Position :	_____
Employé, lien :	_____

Prénom et nom de famille :	_____
Position :	_____
Employé, lien :	_____



la fondation  
de *ma vie*



Prénom et nom de famille :	
Position :	
Employé, lien :	

Prénom et nom de famille :	
Position :	
Employé, lien :	

Prénom et nom de famille :	
Position :	
Employé, lien :	

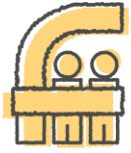
Prénom et nom de famille :	
Position :	
Employé, lien :	

Prénom et nom de famille :	
Position :	
Employé, lien :	

Prénom et nom de famille :	
Position :	
Employé, lien :	

Prénom et nom de famille :	
Position :	
Employé, lien :	

Prénom et nom de famille :	
Position :	
Employé, lien :	



la fondation  
de *ma vie*



Prénom et nom de famille :	
Position :	
Employé, lien :	

Prénom et nom de famille :	
Position :	
Employé, lien :	

Prénom et nom de famille :	
Position :	
Employé, lien :	