SAISON 2018-2019 SEASON

ASSOCIATION DE BASKETBALL BROOKWOOD BASKETBALL ASSOCIATION

12170 BOUL. RICHER, PIERREFONDS, QUEBEC - H8Z1K4, PHONE 514. 684.5885
OR
SARA HENOPHY/NATHALIE DIBIASIO – shenophy@msn.com / Nathalie.dibiasio@gmail.com
EMAIL – brookwood@videotron.ca WEB PAGE - www.brookwoodbasketball.org

LIGUE ADULT WOMEN'S LEAGUE
CHEQUES PAYABLE À- BROOKWOOD BASKETBALL
$180.00

FRAIS D'INSCRIPTION **$180.00** REGISTRATION FEE

FRAIS D'INSCRIPTION - NON REMBOURSABLE / REGISTRATION FEES - NON REFUNDABLE

FRAIS POUR CHEQUE RETOURNÉ ($25.00) CHARGE FOR RETURNED CHEQUES

EN LETTRES MAJUSCULES - PLEASE PRINT

Nom du Joueur
Player's Name _____ _____ **(Height)** _____
Nom de Famille / Family Name **Prénom / First Name**

Adresse
Address _____ _____ _____ _____
no./ Number **rue/ Street** **app./ Apt.** **municipalité / City** **code POSTAL Code**

date de naissance
Date of Birth _____ / _____ / _____
Jour /Day **Mois/ Month** **Année /Year**

numéro d'assurance-maladie
Medicare Number _____

Expiry Date_____

téléphone a domicile
Home Phone Number _____

téléponne D'urgence
Emergency or cell _____

E-MAIL **(please print clearly)**

EXPERIENCE

HOUSE LEAGUE ☐ INTERCITY ☐ HIGH SCHOOL ☐ COLLEGE ☐ UNIVERSITY ☐ NONE ☐

OTHER ☐ _____

AVIS IMPORTANT – LIRE ATTENTIVEMENT

JE SOUSSIGNÉ LE JOUEUR SUSMENTIONNÉ CONSENT PAR LA PRÉSENTE À PARTICIPER A TOUTE ACTIVITÉ DE LA BROOKWOOD BASKETBALL. JE M'ENGAGE Â NE PAS TENIR LES ORGANISATEURS, LES DIRECTEURS AINSI QUE TOUT BÉNÉVOLE, RESPONSABLE DE TOUTE RÉCLAMATION FUTURE RELIÉE À TOUTE PERTE, DOMMAGE OU BLESSURE CORPORELLE DÉCOULANT DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT DE MA PARTICIPATION À LA DITE ACTIVITÉ.

ÉGALEMENT, JE SUS D'ACCORD POUR ÊTRE PROBABLEMENT CHANGÉ D'ÉQUIPE POUR LES BESOINS D'ÉGALISER LES ÉQUIPES

_____/_____
SIGNÉ / NOM (EN LETTRES MAJUSCULES)

IMPORTANT NOTICE – READ CAREFULLY

I, THE ABOVE NAMED, HEREBY RELEASE AND DISCHARGE THE BROOKWOOD BASKETBALL ASSOCIATION, ITS ORGANIZERS AND DIRECTORS AND ALL OTHER VOLUNTEERS FROM ANY AND ALL FUTURE CLAIMS OR DEMANDS FOR LOSS, DAMAGE OR BODILY INJURIES WHICH MAY RESULT DIRECTLY OR INDIRECTLY FROM PARTICIPATION IN SAID ACTIVITY.

I ALSO AGREE THAT I CAN BE TRADED AT ANY TIME FOR THE PURPOSE OF BALANCING THE TEAMS.

____ _____/_____
SIGNATURE / NAME (PLEASE PRINT)

WE NEED VOLUNTEERS FOR ADULT LEAGUE

TEAM CAPTAIN ☐ ASSISTANT CAPTAIN ☐ TIMER ☐ SCORER ☐

VOLUNTEER SIGN-UP FOR HOUSE LEAGUE

DIVISION CONVENER ☐ TEAM MANAGER ☐ COACH ☐ ASSISTANT COACH ☐

POUR USAGE ADMINISTRATIF SEULEMENT / FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

*Paid $*_____ *Cash ☐ Cheque ☐ Dated* _____ *#*_____ *Registered By*_____