

FORMULAIRE D'INSCRIPTION/ REGISTRATION FORM



HOCKEY DE RUE 4-CONTRE-4 – Le samedi 2déc. 2023 (8 h à 17 h)
4-ON-4 STREET HOCKEY – Saturday, Dec2nd, 2023 (8 am to 5 pm)

Catégories d'Âge: D.D.N (Enfants 2006-2019, Adultes, Femmes)
Age category: D.O.B (Kids 2006-2019, Adults, Women)
Date limite: 6 novembre 2023 / Entry Deadline: November 6, 2023

Coût par joueur/ Cost per player: 25.00\$ enfant/kid, 30\$ adulte/adult
Taxes incluses/Taxes included

*** Nous recommandons de former des équipes de 5 à 7 joueurs. S'il y a des joueurs supplémentaires, veuillez utiliser deux formulaires. // We recommend forming a team of 5 to 7 players. If more, please use two registration forms to complete your team. ***

Capitaine / Captain

Prénom/First Name _____ Nom /Last Name _____
Ville/City _____ Province _____
Téléphone/Phone _____
Année de naissance / Year of birth _____
Courriel/Email _____
Expérience hockey sur glace/Ice hockey experience: _____
Parent/Guardian _____

Joueur 2 / Player 2

Prénom/First Name _____ Nom /Last Name _____
Ville/City _____ Province _____
Téléphone/Phone _____
Année de naissance / Year of birth _____
Courriel/Email _____
Expérience hockey sur glace/Ice Hockey Experience hockey: _____
Parent/Guardian _____

Joueur 3 / Player 3

Prénom/First Name _____ Nom /Last Name _____
Ville/City _____ Province _____
Téléphone/Phone _____
Année de naissance / Year of birth _____
Courriel/Email _____
Expérience hockey sur glace/Ice hockey experience: _____
Parent/Guardian _____

Joueur 4 / Player 4

Prénom/First Name _____ Nom /Last Name _____
Ville/City _____ Province _____
Téléphone/Phone _____
Année de naissance / Year of birth _____
Courriel/Email _____
Expérience hockey sur glace/Ice hockey experience: _____
Parent/Guardian _____

Joueur 5 / Player 5

Prénom/First Name _____ Nom /Last Name _____
Ville/City _____ Province _____
Téléphone/Phone _____
Année de naissance / Year of birth _____
Courriel/Email _____
Expérience hockey sur glace/Ice hockey experience: _____
Parent/Guardian _____

Joueur 6 / Player 6

Prénom/First Name _____ Nom /Last Name _____
Ville/City _____ Province _____
Téléphone/Phone _____
Année de naissance / Year of birth _____
Courriel/Email _____
Expérience hockey sur glace/Ice hockey experience: _____
Parent/Guardian _____

Joueur 7 / Player 7

Prénom/First Name _____ Nom /Last Name _____
Ville/City _____ Province _____
Téléphone/Phone _____
Année de naissance / Year of birth _____
Courriel/Email _____
Expérience hockey sur glace/Ice hockey experience: _____
Parent/Guardian _____

DÉPOSER FORMULAIRE & PAIEMENT / DROP OFF FORM & PAYMENT

Paiement / Payment: Comptant / Cash or Cheque @ (C.R.C.V.C) / e-Transfer @ fdnhockey@outlook.com ou / or (613) 884-4350

Déposer / Drop off: 697 Dollard, Casselman, Ontario, K0A 1M0, Lundi au Vendredi / Monday-Friday (16:00-22:00)

Complexe J.R.Brisson : Le 21 et 28 octobre et le 4 novembre de 8 h à 11 h

Complex J.R.Brisson: October 21st and 28th and November 4th, 8 am to 11 am

INFORMATION / CONTACT

Sébastien Parent – Téléphone/Phone: (613) 884-4350 // fdnhockey@outlook.com

Web & règlements/Web & Rules: www.casselmanfestival.ca