

Date : _____

Identification de l'athlète et coordonnées

Prénom et nom			Date de naissance
N° civique	Adresse		Ville
			Boischatel
Province	Code postal	N° téléphone	N° cellulaire ou autre
Québec	GOA 1H0	()	()
Courriel			

Information sur le sport pratiqué

Nom du sport		
Est-ce qu'il s'agit d'un sport reconnu par le MELS ou l'ULSCN?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce qu'il s'agit d'un sport rattaché à une fédération reconnue par Sports-Québec?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Important : Si vous avez coché « Oui » à l'une ou l'autre des questions ci-haut, veuillez joindre les preuves.

Information sur l'athlète

Décrire votre niveau d'excellence
Décrire les performances ou les classements obtenus lors de la dernière année.

NOTE : Si vous pratiquez plus d'un sport, vous devez remplir un autre formulaire.

Signature du requérant	Date

En inscrivant mon nom de façon électronique dans l'espace ci-haut, je confirme ma signature.