

Baseball West-Island

94 Douglas Shand Pointe-Claire, Qc H9R 2A8
1335 Lakeshore Road, Dorval, Qc H9S 2E5
Tel: (514) 630-1340
Fax: (514) 630-1271
Email: contact@baseballwestisland.com



2008 Summer Season Registration

Player

Family Name _____

Given Name _____

Address _____ Apt. _____

City _____ Postal Code _____

Home telephone () _____ Sex M ___ F ___

Other telephone () _____ Specify _____

Email _____

Date of Birth ____ / ____ / _____ Medicare Card # _____

Baseball West Island's priority is to ensure that all players have fun in a safe environment. Are there any physical limitations or allergies BWI should know about to make this a successful year for this player?

No Yes if yes, please specify: _____

2008 Winter Camp level (select level based on year of birth)

Novice '01-'03 Atom '99-'00 Mosquito '97-'98 PeeWee '95-'96 Bantam '93-'94 Midget '91-'92 Junior '87-'90 Senior '86+

Parent or Guardian

Family Name _____

Given Name _____

If different from above

Address _____ Apt. _____

City _____ Postal Code _____

Home telephone () _____

Other telephone () _____ Specify _____

Disclaimer: Please read carefully and print and sign your name as indicated

I (print name) _____, will assume all risks and hazards to the registrant, including transportation to and from Baseball West Island activities, whether on or off the baseball fields. I do hereby waive, release, absolve, indemnify and agree to hold harmless Baseball West Island and all of its volunteers, officials and affiliates for claims arising out of injury to the registrant whether the result of negligence or any other cause.

Signature of player (if 18 years or older), parent or guardian

Date

For office use only

Date _____ Method of Payment _____

Registrar _____

Baseball West-Island

94 Douglas Shand Pointe-Claire, Qc H9R 2A8
1335 Bord du Lac, Dorval, Qc H9S 2E5
Tel: (514) 630-1340
Fax: (514) 630-1271
Email: contact@baseballwestisland.com



Inscription Baseball 2008

Joueur

Nom de Famille _____

Prénom _____

Adresse _____ Apt. _____

Ville _____ Code Postale _____

No. de téléphone () _____ Sexe M ___ F ___

Autre téléphone () _____ Spécifiez _____

Courriel _____

Date de naissance ____/____/____ No. d'assurance maladie _____

La priorité de Baseball West Island est de s'assurer que tous les joueurs s'amuse dans un environnement sécuritaire. Votre enfant a-t-il des contraintes physiques ou des allergies que BWI devrait connaître afin que votre enfant profite avec succès de la saison?

Non Oui Si oui, spécifiez: _____

Camp d'hiver 2008

Novice '01-'03 Atome '99-'00 Moustique '97-'98 PeeWee '95-'96 Bantam '93-'94 Midget '91-'92 Junior '87-'90 Senior '86+

Parent -Tuteur

Nom de Famille _____

Prénom _____

Si différente de celle du joueur

Adresse _____ Apt. _____

Ville _____ Code Postale _____

No. de téléphone () _____

Autre téléphone () _____ Spécifiez _____

Discharge: S.V.P. lire attentivement, inscrire votre nom et signer à l'endroit indiqué

Je (lettres imprimées) _____, assume tous les risques et dangers relativement à la participation de mon enfant aux activités du Baseball West Island, incluant le transport, sur et à l'extérieur des terrains de baseball. Je certifie par la présente que je ne ferai aucune réclamation pour toute blessure ou négligence auprès du Baseball West Island et/ou des bénévoles, des officiels, des entraîneurs et tout organisme affilié.

Signature du joueur (agé de 18 ans et plus), parent ou tuteur

Date

À l'usage de l'administration seulement

Date

Mode de Paiement

Régistrare