



METROPOLITAN SOCCER LEAGUE LIGUE DE SOCCER METROPOLITAINE

Fax : (514) 631-3672
Email : metro@soccerlsl.qc.ca

Veillez compléter et retourner d'ici le : vendredi, le 30 septembre 2008

Please return completed form by: Friday September 30th 2008.

Tous les formulaires doivent être soumis par le Club (président ou représentant) et non individuellement par l'entraîneur afin de s'assurer que le club est au courant et a approuvé l'application et qu'il ait créé l'équipe dans le PTS Registrariat.

All forms are required to be submitted to the League by the Club (President or Rep) and not by individual coaches to ensure the club is aware and has approved the application & has created the team in the PTS Registration Database.

PTS REG TEAM NUMBER* *67

Réinscription de club / équipe

Returning club / team

Club / Association

A.R.S

Team / Équipe

M/ F

Requested Division

Team Name

Coach/ Entraîneur

Name / nom

Address / adresse

Tel : Home/Dom:

Work/Bur:

Cell:

Fax

Email / Courriel

Team Colours /

Shirts / Chandails

Couleurs d'équipe

Shorts

Socks / Bas

Billing / Facturation

Name / nom

Adresse / adresse

President / Président

Name / nom

Address / adresse

Tel : Home/Dom:

Work/Bur:

Cell:

Fax

Email / courriel

Rep/ Représentant

Name / nom

Address / adresse

Tel : Home/Dom:

Work/Bur:

Cell:

Fax

Email/ courriel