



FORMULAIRE D'INSCRIPTION



VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE EN LETTRES MOULÉES

Nom de famille	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Sexe
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Prénom	Téléphone	
Adresse	Courriel	
Ville	Code postal	Résident / Non-résident
		<input type="checkbox"/> Résident <input type="checkbox"/> Non-résident

EN CAS D'URGENCE

No assurance maladie (facultative) :

Date d'expiration AAAA/MM :

Personne à rejoindre en cas d'URGENCE

Prénom et nom :

Téléphone :

Cellulaire :

Lien avec vous :

SESSION :

- Hiver** du _____ au _____
Montant payé : _____ \$ comptant chèque debit # CRR _____
- Printemps** du _____ au _____
Montant payé : _____ \$ comptant chèque debit # CRR _____
- Été** du _____ au _____
Montant payé : _____ \$ comptant chèque debit # CRR _____
- Automne** du _____ au _____
Montant payé : _____ \$ comptant chèque debit # CRR _____
- _____ du _____ au _____
Montant payé : _____ \$ comptant chèque debit # CRR _____

Signature : _____

Date : _____ 20____