

### FORMULAIRE D'INSCRIPTION PARENTS

Parent qui recevra la facturation

PRÉNOM	NOM
ADRESSE	VILLE
CODE POSTAL	TÉL. MAISON
TÉL. TRAVAIL	CELLULAIRE
COURRIEL	

PRÉNOM	NOM
ADRESSE	VILLE
CODE POSTAL	TÉL. MAISON
TÉL. TRAVAIL	CELLULAIRE
COURRIEL	

### FORMULAIRE D'INSCRIPTION ATHLÈTE

Masculin  Féminin

PRÉNOM	NOM
DATE DE NAISSANCE	
NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE	EXPIRATION
ALLERGIES	MALADIE
BESOINS PARTICULIERS	

### CONTACT D'URGENCE

Masculin  Féminin

PRÉNOM	NOM
TÉLÉPHONE	CELLULAIRE
LIEN	

J'accepte que mon enfant soit pris en photo. Si nous souhaitons utiliser une photo pour une promotion, nous vous demanderons la permission.