

FORMULAIRE D'INSCRIPTION ATHLÈTE

Masculin Féminin

PRÉNOM

NOM

DATE DE NAISSANCE

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

EXPIRATION

ALLERGIES

MALADIE

BESOINS PARTICULIERS

INFORMATIONS DES 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

PARENT #2

CONTACT D'URGENCE

INSCRIRE UN CONTACT AUTRE QUE LES PARENTS

Masculin Féminin

PRÉNOM

NOM

TÉLÉPHONE

CELLULAIRE

LIEN

Pour des fins de promotion seulement, j'accepte que mon enfant soit pris en photo