

# FICHE D'INSCRIPTION

NOM: \_\_\_\_\_

PRÉNOM: \_\_\_\_\_

SEXE:        F        M

ADRESSE PRINCIPALE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

VILLE: \_\_\_\_\_

CODE POSTAL: \_\_\_\_\_

# CARTE ASS. MALADIE: \_\_\_\_\_

ALLERGIES: \_\_\_\_\_

GRANDEUR CHANDAIL: \_\_\_\_\_

POINTURE CHAUSSURE: \_\_\_\_\_

NOM DE LA MÈRE: \_\_\_\_\_

PRÉNOM DE LA MÈRE: \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE DE JOUR: \_\_\_\_\_

CELLULAIRE: \_\_\_\_\_

COURRIEL: \_\_\_\_\_

NOM DU PÈRE: \_\_\_\_\_

PRÉNOM DU PÈRE: \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE DE JOUR: \_\_\_\_\_

CELLULAIRE: \_\_\_\_\_

COURRIEL: \_\_\_\_\_

