

CLINIQUE DE LA PLANCHE À VOILE AU FÉMININ

29-30 juin au 01 juillet 2018

PRÉNOM : _____ NOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ ADRESSE : _____

APP. : _____ VILLE : _____ CODE POSTAL : _____ PROFESSION : _____

COURRIEL : _____ TÉLÉPHONE MAISON : _____

CELLULAIRE : _____ TÉLÉPHONE TRAVAIL : _____

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE : _____ TÉLÉPHONE : _____

OÙ AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DE LA CLINIQUE DES FEMMES ? _____

NIVEAU : DÉBUTANTE INTERMÉDIAIRE AVANCÉE

Points à améliorer : _____

Depuis combien de temps faites-vous de la planche à voile ? _____

Combien de fois avez-vous participé à la clinique de planche à voile au féminin ? _____

RENSEIGNEMENTS DE SANTÉ

Est-ce que vous prenez des médicaments ou suivez-vous un traitement médical ? Non Oui

Si oui, lequel ? _____

Est-ce que vous êtes allergique à un médicament ? Non Oui

Si oui, lequel ? _____

Est-ce que vous êtes allergique à des aliments ? Non Oui

Si oui, lesquels ? _____

INSCRIPTION **275 \$** (Un dépôt de 100 \$ est demandé lors de la réservation)

Location d'équipement (frais supplémentaire de **75 \$**) Non Oui

Visa

Mastercard

Interac

Argent

Numéros de la carte _____

Date d'expiration _____ Code _____

Montant	
Location matériel	
Total	
Acompte	
Solde à payer	

Veillez noter qu'en cas d'annulation, la somme de 100 \$ étant acompte et frais de réservation sera retenue par le club ou vous pourrez le garder en crédit pour l'année prochaine.

Veillez faire parvenir votre formulaire dûment rempli accompagné de votre paiement au :