

# 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 0.00 \$

Location matériel 0.00 \$

Total 0.00 \$

Acompte 0.00 \$

Solde à payer **0.00 \$**

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 :**