

# CLINIQUE DE LA PLANCHE À VOILE AU FÉMININ

## 30 juin au 2 juillet 2017

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 70 \$)       Non       Oui

Visa

Mastercard

Interac

Chèque

Argent

Numéros de la carte \_\_\_\_\_

Date d'expiration \_\_\_\_\_ Code \_\_\_\_\_

Montant \_\_\_\_\_

Location matériel \_\_\_\_\_

Total \_\_\_\_\_

Acompte \_\_\_\_\_

Solde à payer \_\_\_\_\_

Veuillez 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.

**Veuillez faire parvenir votre formulaire dûment rempli accompagné de votre paiement au :**