



Camp Technique du Rouge et Or natation

Nom du nageur:		
Prénom :		
Date de naissance : / /		
Jour Mois Année		
Âge : ans	Sexe :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M

Coordonnées de contacts:			
Tél:		Email:	
Nom du Club			
Niveau de natation	<input type="checkbox"/> Dével.prov. Standard Développement provincial	<input type="checkbox"/> prov A-AA Standard provincial A-AA	<input type="checkbox"/> prov AAA Standard provincial AAA

Semaine Du 2 au 6 juillet 2018	<input type="checkbox"/> Avec résidence (5 nuitées) 600\$ la semaine	<input type="checkbox"/> Sans résidence 380\$ la semaine	<input type="checkbox"/> prov AAA Standard provincial AAA
--	--	--	---

Rabais familial : 10% sur le total de la facture pour 2 enfants et plus de la même famille.

INSCRIPTION & PAIEMENT par la poste:

Renvoyer le paiement et la fiche d'inscription :

CAMP TECHNIQUE NATATION - ROUGE ET OR
PEPS de l'Université Laval
2300 Rue de la terrasse, Local 0910H
Québec (Qc) G1V 0A6

Faire un chèque post daté au 10 juin 2018, au nom de : Université Laval

Informations et autres détails de nos camps techniques sur notre site internet
www.rougeetornatation.com



Camp Technique Natation du Rouge et Or – Université Laval



Nom du Nageur :		Prénom :	
Date de naissance : / / Jour Mois Année	Âge :	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Numéro d'assurance maladie :			
<i>Nom et coordonnées de la personne qui paie les frais du camps (pour reçu d'impôts)</i>			
Nom :		Prénom :	
Date de naissance : / / Jour Mois Année	NAS:		
Adresse :		Ville :	
Code postal :	Tél : ()		

AUTORISATION PARENTALE

J'autorise la diffusion de photographies de mon enfant prises dans le cadre du Camp Technique Natation du Rouge et Or - Université Laval 2018 pour l'usage suivant : Site web et promotion du camp.

Signature du parent: _____

FICHE MÉDICALE

En cas d'urgence contactez :

Nom :	Tél :	Lien de parenté :
-------	-------	-------------------

Votre enfant est il sujet aux problèmes suivants :

Souffre-t-il d'allergies ? Non Oui Lesquelles :

Prend-il des médicaments ? Non Oui Lesquels :

A-t-il des problèmes de santé ou physiques ou autres particularités qui pourraient servir au travail de nos moniteurs :

Je déclare que tous les renseignements fournis sont exacts et j'autorise les responsables du camp de jour à intervenir en cas d'accident et à diriger mon enfant vers les soins appropriés:

Nom du parent : _____

Signature du parent : _____ **Date :** _____