



Formulaire d'inscription

**Identification de l'athlète**

Nom de l'athlète :
Date de naissance :
Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Je voudrais participer du; • 26 au 30 Juin 2017 <input type="checkbox"/> • 03 au 07 Juillet 2017 <input type="checkbox"/>
Nom de Responsable :
Adresse :
Courriel :
Téléphone #1:
Téléphone #2:

**Renseignements Médicaux**

Votre enfant a-t-il une condition médicale particulière qu'il serait important de mentionner? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui..... .....
Votre enfant a-t-il une ou plusieurs des allergies alimentaires qu'il serait important de mentionner? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui..... .....

**Autorisation Prise d'images**

