



Camp de jour sportif Triathlon Été 2017

FICHE D'INSCRIPTION

Compléter et retourner par la poste ou par courriel au : services.phoenixtriathlon@gmail.com

COORDONNÉES DE L'ATHLÈTE

PRÉNOM

NOM

ADRESSE

VILLE

CODE POSTAL

TÉLÉPHONE

COURRIEL

Sexe de l'athlète

Féminin Masculin

Date de naissance

RISQUES RELIÉS À LA SANTÉ

Aucun Asthme Épilepsie Allergies Épipen
 Autre

Carte ACCESS

Coût: 250\$ / semaine de 9h à 16h tx incl.

Rabais 25\$ si payé avant le 1er mai et rabais 25\$ avec carte ACCESS

Supplément de 25\$ / sem. pour l'option de 8h00 à 17h30

Rabais de 10% si plus d'une
semaine ou 2^e enfant

Mode de paiement

Choisir les semaines de camps de 9h à 16h

- Semaine 1 : du 26 juin au 30 juin 2017
 Semaine 2 : du 3 juillet au 7 juillet 2017
 Semaine 3 : du 10 juillet au 14 juillet 2017
 Semaine 4 : du 17 juillet au 21 juillet 2017
 Semaine 5 : du 24 juillet au 28 juillet 2017
 Semaine 6 : du 31 juillet au 4 août 2017
 Semaine 7 : du 7 août au 11 août 2017

Option 8h à 17h30

- Je désire payer par carte
de crédit. Envoyez-moi
une facture électronique
par courriel.
 Je poste un chèque au :
Club Phoenix Triathlon,
1411 Lapierre, LaSalle,
Qc, H8N 2J4

Prénom et Nom de la personne à contacter en cas d'urgence

TÉLÉPHONE

Autre TÉLÉPHONE

DÉCHARGE

Je déclare être détenteur de l'autorité parentale ou tuteur de l'enfant mineur et déclare connaître la nature et l'étendue des dangers et des risques des entraînements des sports de triathlon et activités connexes. J'accepte librement et volontairement qu'il (elle) participe à ces activités et je renonce par la présente expressément à toute réclamation de quelque nature que ce soit contre le Club Phoenix triathlon, ses représentants, administrateurs, employés et/ou officiers. J'accepte que les photos et images prises lors du camp puissent être réutilisées à une fin promotionnelle du club ou des camps et je libère de tout droit leur utilisation via tous médium de communications tant écrits qu'électroniques.

Prénom et Nom du détenteur de l'autorité parentale ou tuteur

J'ai lu et accepte la décharge

Adresse de courriel

TÉLÉPHONE cellulaire

No Assurance Sociale (pour R24 Impôts)