



Camp de jour sportif triathlon été 2019

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

Option 8h à 17h30

- Semaine 1 : du 24 juin au 28 juin
 Semaine 2 : du 1 juillet au 5 juillet
 Semaine 3 : du 8 juillet au 12 juillet
 Semaine 4 : du 15 juillet au 19 juillet
 Semaine 5 : du 22 juillet au 26 juillet
 Semaine 6 : du 29 juillet au 2 août
 Semaine 7 : du 5 août au 9 août

Je désire payer par carte de
crédit. Envoyez-moi une
facture électronique par
courriel.
(un frais administratif de 5%
sera ajouté au montant total)

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)