



Formulaire d'inscription / Registration Form

2018-2019

Nouveau Membre / New Member

Nom de famille / Last Name: _____ Prénom / First Name: _____

Date de naissance / Date of Birth: _____

DD/MM/Année-Year

Ass. Maladie / Health Card #: _____ Exp: _____

Adresse / Address: _____ Père/Father Mère/Mother Les deux/both

Ville / City: _____ Code Postal / Postal Code: _____

Tél maison / Home Phone #: _____ Cellulaire / Cellular: _____

Adresse / Address: _____ Père/Father Mère/Mother Les deux/both

Ville / City: _____ Code Postal / Postal Code: _____

Tél maison / Home Phone #: _____ Cellulaire / Cellular: _____

De Tél en cas d'urgence / Phone # in case of emergency: _____

Adresse Courriel / E-mail Address: _____