

FICHE D'INSCRIPTION

SVP, veuillez remplir en lettres moulées.

Inscription

<input type="checkbox"/> cocher si inscription à la leçon		
Titre du cours / Nom du programme		
<input type="text"/> Jour	<input type="text"/> Heure	
<input type="text"/> Session	<input type="text"/> De (date)	<input type="text"/> À (date)

Identification du participant

<input type="text"/> Titre	<input type="text"/> Prénom	<input type="text"/> Nom
<input type="text"/> Nationalité	<input type="text"/> Provenance (Pays, Province)	<input type="text"/> Langue de correspondance
<input type="text"/> Adresse		
<input type="text"/> Ville	<input type="text"/> Province / Pays	<input type="text"/> Code postal
<input type="text"/> Téléphone résidence	<input type="text"/> Téléphone bureau / poste	<input type="text"/> Cellulaire
<input type="text"/> Courriel		

Urgences

<input type="text"/> N° d'assurance maladie	<input type="text"/> Date de naissance (aaaa/mm/jj)
<input type="text"/> Allergies ou maladies importantes à déclarer en cas d'urgence	

Personnes à contacter en cas d'urgence (veuillez indiquer deux noms SVP)

<input type="text"/> Premier contact - lien	<input type="text"/> Prénom	<input type="text"/> Nom
<input type="text"/> Téléphone résidence	<input type="text"/> Téléphone bureau / poste	<input type="text"/> Cellulaire
<input type="text"/> Second contact - lien	<input type="text"/> Prénom	<input type="text"/> Nom
<input type="text"/> Téléphone résidence	<input type="text"/> Téléphone bureau / poste	<input type="text"/> Cellulaire
<input type="text"/> Signature du participant (ou d'un parent si mineur)	<input type="text"/> Date	

Réservé à l'administration

Coût : _____	Mode de paiement
Escomptes : _____	<input type="checkbox"/> Mandat postal <input type="checkbox"/> Comptant
Frais : _____	<input type="checkbox"/> Chèque à l'ordre de LADMMI <input type="checkbox"/> Interac
Sous-total : _____	Modalités de paiement
TPS : _____	_____ \$ _____ / _____ / _____
TVQ : _____	_____ \$ _____ / _____ / _____
TOTAL : _____	_____ \$ _____ / _____ / _____
<input type="text"/> Signature du représentant	<input type="text"/> Date