



**CAMP TECHNIQUE
ROUGE et OR Natation**

Nom du nageur:	
Prénom :	
Date de naissance : / /	
Jour Mois Année	
Âge : ans	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M

Coordonnées de contacts:			
Tél:		Email:	
Nom du Club			
Niveau de natation	<input type="checkbox"/> Dével.prov. Standard Développement provincial	<input type="checkbox"/> prov A-AA Standard provincial A-AA	<input type="checkbox"/> prov AAA Standard provincial AAA

Semaine Du 1 au 5 juillet 2019	<input type="checkbox"/> Avec résidence (5 nuitées) 600\$ la semaine	<input type="checkbox"/> Sans résidence 380\$ la semaine	<input type="checkbox"/> prov AAA Standard provincial AAA
--	--	--	---

Rabais familial : 10% sur le total de la facture pour 2 enfants et plus de la même famille.

INSCRIPTION & PAIEMENT par la poste:

Renvoyer le paiement et la fiche d'inscription :

**CAMP TECHNIQUE NATATION - ROUGE ET OR
PEPS de l'Université Laval
2300 Rue de la terrasse, Local 0910H
Québec (Qc) G1V 0A6**

Faire un chèque post daté au 10 juin 2019, au nom de : Université Laval

**Informations et autres détails de nos camps techniques sur notre site internet
www.rougeetornatation.com**



Camp Technique Natation du Rouge et Or – Université Laval



Nom du Nageur : _____		Prénom : _____	
Date de naissance : _____ / _____ / _____ <small> Jour Mois Année</small>		Âge : _____	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Numéro d'assurance maladie : _____			
<i>Nom et coordonnées de la personne qui paie les frais du camps (pour reçu d'impôts)</i>			
Nom : _____		Prénom : _____	
Date de naissance : _____ / _____ / _____ <small> Jour Mois Année</small>		NAS: _____	
Adresse : _____			Ville : _____
Code postal : _____		Tél : () _____	

AUTORISATION PARENTALE

J'autorise la diffusion de photographies de mon enfant prises dans le cadre du Camp Technique Natation du Rouge et Or - Université Laval 2019 pour l'usage suivant : Site web et promotion du camp.

Signature du parent: _____

FICHE MÉDICALE

En cas d'urgence contactez : _____

Nom : _____

Tél : _____

Lien de parenté : _____

Votre enfant est il sujet aux problèmes suivants :

Souffre-t-il d'allergies ? Non Oui Lesquelles : _____

Prend-il des médicaments ? Non Oui Lesquels : _____

A-t-il des problèmes de santé ou physiques ou autres particularités qui pourraient servir au travail de nos moniteurs :

Je déclare que tous les renseignements fournis sont exacts et j'autorise les responsables du camp de jour à intervenir en cas d'accident et à diriger mon enfant vers les soins appropriés:

Nom du parent : _____

Signature du parent : _____ **Date :** _____