



CLUB DE TENNIS DE TABLE PRESTIGE

2016-2017

S.V.P. Veuillez écrire en LETTRES MAJUSCULES.

Prénom : _____ Nom : _____

Date de naissance (jj/mm/aa) : ____/____/____

École : _____

Adresse : _____ # _____

Sexe : Masculin Féminin

Ville : _____ Code Postal : _____

Comment avez-vous entendu parler du club Prestige

- Site Internet Dépliant dans les écoles
 Ami (e) Dépliant du club Prestige
 Facebook Autre :

☎ Maison : (____) _____

☎ Mobile : (____) _____

☎ Autre : (____) _____

Courriel : _____

Nom pour reçu d'impôt : _____

Je consens à ce que le Club Prestige utilise les **photos** et films sur lesquels mon enfant peut apparaître, pour la confection de matériel publicitaire du Club et de la Fédération de tennis de table du Québec : **Oui** **Non**

SANTÉ : Donnez tous les renseignements qui aideront à assurer le bien-être et la sécurité de l'athlète

	OUI	NON	DÉTAILS		OUI	NON
Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Perte de conscience	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Opérations antérieures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Traumatismes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médication actuelle :						
# Assurance-maladie :				Date expiration :		

Signature de l'athlète _____ **Date** _____

Nom de la mère : _____ Nom du père : _____

Signature du parent ou tuteur (si moins de 18 ans) _____

Initiation Intermédiaire Élite Excellence Adulte Libre National Sport-études

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi Dimanche

Présences Fichier Courriel Dépôt Dépôt Dépôt

			Financement	TOTAL	Paiement ou chèques postdatés ***			SOLDE	
	Fois	Prix			Chandail	1ère activité	2e activité		1 ^{er} (50%) le jour d'inscription
AUTOMNE									
HIVER									
ANNÉE									
ÉTÉ									

Reçu par : _____