

# Fiche d'inscription

## BADMINTON EN GROUPE - AUTOMNE 2017

Réservé à l'administration

DATE

Sélectionner le service désiré : Mardi 19h30 \_\_\_\_ Jeudi 18h \_\_\_\_ Jeudi 19h30 \_\_\_\_

**Si le membre a déjà été inscrit à une activité des loisirs en 2017, n'indiquez que son nom**

|                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|
| Nom (membre 1) :                 | Nom (membre 2) :                 |
| Date de naissance :              | Date de naissance :              |
| Adresse :                        | Adresse :                        |
| Municipalité :                   | Municipalité :                   |
| # tél. :                         | # tél. :                         |
| *Courriel :                      | *Courriel :                      |
| Spécifiez si problème de santé : | Spécifiez si problème de santé : |
| Spécifiez si médication :        | Spécifiez si médication :        |
| Nom (membre 3) :                 | Nom (membre 4) :                 |
| Date de naissance :              | Date de naissance :              |
| Adresse :                        | Adresse :                        |
| Municipalité :                   | Municipalité :                   |
| # tél. :                         | # tél. :                         |
| *Courriel :                      | *Courriel :                      |
| Spécifiez si problème de santé : | Spécifiez si problème de santé : |
| Spécifiez si médication :        | Spécifiez si médication :        |
| Nom (membre 5) :                 | Nom (membre 6) :                 |
| Date de naissance :              | Date de naissance :              |
| Adresse :                        | Adresse :                        |
| Municipalité :                   | Municipalité :                   |
| # tél. :                         | # tél. :                         |
| *Courriel :                      | *Courriel :                      |
| Spécifiez si problème de santé : | Spécifiez si problème de santé : |
| Spécifiez si médication :        | Spécifiez si médication :        |
| Nom (membre 7) :                 | Nom (membre 8) :                 |
| Date de naissance :              | Date de naissance :              |
| Adresse :                        | Adresse :                        |
| Municipalité :                   | Municipalité :                   |
| # tél. :                         | # tél. :                         |
| *Courriel :                      | *Courriel :                      |
| Spécifiez si problème de santé : | Spécifiez si problème de santé : |
| Spécifiez si médication :        | Spécifiez si médication :        |

\* Le courriel nous permet de vous communiquer plus efficacement l'information (rappels, modifications, annulations, etc.)

Par la présente, je dégage la municipalité d'Eastman, le surveillant de l'activité ainsi que l'école du Val-de-Grâce de toutes responsabilités en cas d'accident.

**Signature du responsable du groupe** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2017

**Un chèque libellé au nom de la Municipalité d'Eastman d'un montant de 332\$ (ou en argent comptant) doit accompagner votre fiche pour que l'inscription soit validée.**