

SESSION _____

(Automne, Hiver ou Printemps et année; Ex. : P2012)

IDENTIFICATION		ADRESSE	
Nom : _____		Adresse : _____	
Prénom : _____		Ville : _____	
Sexe : _____		Province : Québec	
Date de naissance : _____		Code postal : _____	
Age actuel : _____ ans		Téléphone résidence : _____	
No membre FQT (facultatif) : _____		Courriel : _____	
Ceinture actuelle (s'il y a lieu) : Débutant		École fréquentée : _____ Cette année _____ L'année prochaine _____	
SANTÉ			
No d'assurance-maladie (pour recevoir des soins en cas d'urgence médicale) : _____			
Particularité médicale (ex.: asthme): _____			
1er RÉPONDANT		2e RÉPONDANT	
Nom : _____		Nom : _____	
Téléphone bur: _____		Téléphone bur: _____	
ATTESTATION			
<p><i>J'atteste que tous les renseignements fournis ci-dessus sont véridiques. De plus, j'autorise le conseil d'administration du Club de Taekwondo de Cap-Rouge et Saint-Augustin à transmettre ces informations aux municipalités de Québec et de Saint-Augustin-de-Desmaures, à la Fédération Québécoise de Taekwondo ainsi qu'à toute personne physique ou morale qu'il juge nécessaire d'aviser dans le cadre de ses activités. J'autorise également le Club de taekwondo à publier des photos de mon enfant sur son site web ou dans des publications à des fins de publicité.</i></p>			
_____ Signature (adulte)		_____ Date	
<input type="checkbox"/> Je n'autorise pas l'utilisation de photos de mon enfant ou de moi-même _____.			

PAIEMENT (Espace réservé, ne pas écrire s.v.p.)	
Frais de cours: _____ \$	Saisie liste : _____
	Vérification : _____
Réduction: _____ \$	Remboursement/facture : _____
Total: _____	Comptant _____ Chèque _____