

## FICHE D'INSCRIPTION

SVP envoyez votre paiement avec ce coupon à :

**Pleins Pouvoirs KIDPOWER Montréal, C.P. 48561, succ. Van Horne, Montréal (QC) H2V 4T3.**

Nous limitons le nombre de participants dans nos groupes. **Votre dépôt est nécessaire pour garantir votre place.**

Nom du parent/adulte : \_\_\_\_\_

Femme     Homme

Date naissance : \_\_\_\_\_

Nom des enfants (si applicable)

\_\_\_\_\_ Date naiss. : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Date naiss. : \_\_\_\_\_

Besoins spéciaux : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Tél. rés. : \_\_\_\_\_

Tél. bur. : \_\_\_\_\_

Cell. : \_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_

Nom de l'atelier : \_\_\_\_\_

Date(s) de l'atelier : \_\_\_\_\_

Mon dépôt est de \_\_\_\_\_ \$

Je paye par :  Chèque                       Comptant

Mandat poste                       Certificat-cadeau

Visa                                       MasterCard

Numéro de carte de crédit :

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Date d'expiration : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Payé par :  IVAC                       CSST                       Employeur

Si par IVAC/CSST : # dossier : \_\_\_\_\_

Date d'événement : \_\_\_\_\_

AgentE : \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_

Thérapeute : \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_

### RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION – NE RIEN INSCRIRE

MAJ hiver 2009

Traitement d'inscription	Traité par	Traitement IVAC / CSST	Traité par :
Reçue le :		Demande :	
Dépôt traité le :		Autorisation :	
Confirmation @ :			
Confirmation <input checked="" type="checkbox"/> :			