

CALENDRIER

Cochez le (les) choix de semaine

- 25 au 29 juin
 2 au 6 juillet
 9 au 13 juillet
 16 au 20 juillet
 23 au 27 juillet
 30 juillet au 3 août
 6 au 10 août

TARIFS / SEMAINE

	FUTURES ÉTOILES 1 & 2 ET ESPOIR Horaire : De 9h à 16h		RELÈVE, ÉLITE, COMPÉTITION ET TENNIS ÉTUDES Horaire : De 9h à 15h	
	Sans taxes	Avec taxes	Sans taxes	Avec taxes
Membre Smash Club	305 \$	350,67 \$	415 \$	477,15 \$
Non-Membre	355 \$	408,16 \$	465 \$	534,63 \$
Service de garde	50 \$ taxes incluses de 7h à 9h et 16h à 18h			

CALCUL DES COÛTS

	Nb. de semaines	X	Prix avec taxes	TOTAL
CAMPS	_____	X	_____ \$	_____ \$
SERVICE DE GARDE	_____	X	50 \$	_____ \$
			TOTAL À PAYER	_____ \$

PAIEMENT

- J'ai déjà 4 semaines camps inclus dans mon programme**

Mode de paiement (versement unique) : Comptant ou débit Chèque Visa MasterCard

No. : _____ Exp. ____ / ____

Nom du titulaire _____

J'autorise le Club de Tennis Île des Sœurs à débiter ma carte de crédit du montant des droits d'inscription.

Signature du titulaire : _____ Date : _____ / _____ / 2018

J'ai pris connaissance des conditions et des modalités de remboursement et je les accepte. De plus, je comprends qu'il y a des risques inhérents à la pratique d'une activité sportive et je les accepte.

Le Relevé-24 doit être fait au nom du parent: _____

No. d'assurance sociale : _____ (OBLIGATOIRE)

**300 chemin du Golf,
Verdun (Québec) H3E 1A8
514.766.1208 | fax : 514.766.7429 | tennis-ids.com**

INFORMATIONS SUR LE CAMPEUR

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : Garçon Fille

Langue parlée : Français Anglais

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Âge au 26 juin : _____ ans

INFORMATIONS SUR LES PARENTS *

Informations sur la mère

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Tel. Résidence : (____) _____ - _____

Tel. Bureau : (____) _____ - _____

Tel. Cellulaire *: (____) _____ - _____

Courriel * : _____

Informations sur le père (si différent)

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Tel. Résidence (____) _____ - _____

Tel. Bureau : (____) _____ - _____

Tel. Cellulaire : (____) _____ - _____

Courriel : _____

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

- Votre enfant sait-il nager ? Oui Non
- Votre enfant est-il autorisé à quitter seul? Oui Non

- J'autorise le camp Smash Club à prendre et utiliser des photos de mon enfant à des fins promotionnelles.
 Oui Non

J'autorise la personne ci-dessous à venir chercher mon enfant :

Nom : _____

Tel. Cellulaire : (____) _____ - _____

INFORMATIONS MÉDICALES

Fiche santé : Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ? Oui (précisez) Non

Allergies alimentaires : _____

Allergies aux médicaments : _____

Autres : _____

No. d'assurance maladie * : _____ Expiration : ____ / ____

J'autorise les responsables et/ou tout représentant du Club de tennis Ile des Sœurs à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence.

Signature d'un parent ou d'un tuteur: _____