

FICHE D'INSCRIPTION

SVP envoyez votre dépôt avec ce coupon à : **Pleins Pouvoirs KIDPOWER Montréal**

POSTE : **C.P. 50016, succ. Jarry, Montréal (QC) H2P 0A1** COURRIEL : **info@pleinspouvoirs.org** FAX : **514-990-7124**

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

si par carte, inscrire le 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 ☒ :			