|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRÉ INSCRIPTION – Pleins Pouvoirs KIDPOWER Montréal**  **Votre pré inscription est nécessaire pour un service payable par un organisme tiers.**  Retourner par : @ securite@kidpowermontreal.org OU 🖂 C.P. 50016, succ. Jarry, Mtl (QC) H2P 0A1 | | | | | **Inscription # :** |
| **LA-LES PERSONNES PARTICIPANTES**  **Nom**(s) **Adulte**(s) **participant**(s) :        Date naiss. :        🡸 (2e adulte si applicable)  **Nom**(s) **Enfant**(s) **participant**(s) (si applicable)        Date naiss. :        Date naiss. :        Date naiss. :  Besoins spéciaux à nous dire? | **QUELS ATELIERS VOUS INTÉRESSENT ?**  Voir le site pour les descriptions | | | | |
| **Programme Kidpower**®  En formule Parent-Enfant  **Weekend 1**  **Sécurité Au Quotidien**  5-8 ans (2x 2h = 4h)  9-12 ans  3h  5h30 (2x 2h45)  **Weekend 2**  **Sécurité d’Urgence**  Prérequis : Weekend 1  6-12 ans (2x 3h = 6h) | | **Programme Teenpower**™  Sécurité Au Quotidien + Urgence  **Pouvoirs Essentiels**  Durée des ateliers : 6h  **En Duo** (13-17 ans)  Parent-Ado  Mère-Fille  **En Solo** (16-25 ans)  Mixte  Filles | **Programme Fullpower**™  Pour adultes : mixte sauf indication contraire  Inclus Sécurité Au Quotidien + Sécurité d’Urgence | |
| **Ateliers de Niveau 1**  Pouvoirs **Essentiels** (4h)  Pouvoirs **Fondamental** (12h)  Mixte  Femmes | |
| **Ateliers de Niveau 2**  Pouvoirs **Intégral** pr femmes (10h) Prérequis : Fondamental  Pouvoirs **Au Sol** (6h)  Pouvoirs **Contre-Armes** (6h)  Pouvoirs **Multiples** (6h) | |
| **DATE**(s) **D’ATELIER** (si connue) Année : Mois : Jour(s) : | | | | |
| **DITES NOUS COMMENT VOUS JOINDRE** | | **DÉTAILS SUR LE MODE DE PAIEMENT PAR TIERS** | | | |
| Même si nous communiquons par @ svp inclure votre adresse postale pour nos infos de secteurs desservis  Courriel :  Adresse postale :    1e Tél.   -   -     2e Tél.   -   -  Rés.  Cell  Bur.  Rés.  Cell  Bur. | | SVP cocher l’organisme payeur de votre inscription.  IVAC  CSST  PAE  CJM ou  # dossier : Nom conseiller.e /agent.e:      -     -      Date incident : Téléphone conseiller.e :           -   -     p. | | | |
| **POUR « DONNER AU SUIVANT »**  Les ateliers ouverts à tous à la programmation sont assurés par autofinancement Visitez notre site pour lire notre approche « Robin-des-bois » du financement.  **Je veux aider** *une personne dans le besoin à s’inscrire aussi avec mon don ‘Donner Kidpower au suivant’ de*  *Je veux verser mon don par chèque ou carte de crédit. SVP me contacter. (Je recevrai un reçu pour fin d’impôts en février prochain si mon don est de 20 $ et plus.)*  *Je préfère verser mon don via votre utilitaire en ligne de CanaDon :* [*kidpowermontreal.org*](http://www.kidpowermontreal.org) *(CanaDon émettra automatiquement le reçu d’impôts dans ce cas.)* | | **DÉTAILS SUR VOTRE SUIVI DE TRAITEMENT**  Date de début – thérapie :  Date de fin prévue – thérapie :  Psychothérapeute traitant :  Tél. thérapeute :    -   -  Courriel Thérapeute : | | | |