|  |  |
| --- | --- |
| **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 contraireInclus 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 desservisCourriel :      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 :       |