



Inscriptions pour Clinique /Registration Form for Clinics

Pierrefonds Ile Bizard Ste Geneviève Roxboro

Nom / Surname: _____
 Prénom / Name: _____
 Sex M F
 Adresse/ Address: _____
 Ville / City: _____
 Code postal / Postal code: _____
 Date de naiss./ Date of Birth: _____
 Tél. : Maison / Home: _____
 Tél.Travail/Business: _____
 Tél. Cellulaire: _____
 Courriel / Email: _____

Niveau / Level: _____
 Frais d'inscription/ Registration fee: _____
 Numéro de carte d'assurance maladie /
 Medicare number: _____
 Clinique/ Clinic :

- Pitching/Catching- Lanceur/receveur
- Fall Ball /Baseball d'automne
- Winter Indoor baseball/ Baseball d'hiver intérieur
- Spring clinic/ Clinique du printemps
- Pre-Novice/Novice

*Paiement par chèque est préférable
 Payment by Cheques would be preferred*

*Frais de 45\$ pour chèque sans provision
 NSF cheques are charged \$45



Amenez un copin(e) pour une classe gratuite –
 Indiquez leur nom, téléphone et courriel dans
 commentaires



Bring a friend for a free class – Indicate their name,
 phone number and e mail in the comment section

Commentaires/ Comments :

Bureau /Office use

Date payment received: _____ by: _____

No. cheque /check no: _____ Banque/Bank: _____

Parent's name on check : _____ Cash: \$ _____