



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

Commentaires/ Comments :

Bureau /Office use

Date payment received: _____ by: _____

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

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