



**Club de Taekwondo de Cap-Rouge et St-Augustin**  
**C.P. 75360, Succursale Cap-Rouge, Québec**  
**G1Y 3C8**  
**www.tkd-crsa.ca**

## SESSION \_\_\_\_\_

(Automne, Hiver ou Printemps et année; Ex. : P2007)

IDENTIFICATION		ADRESSE	
Nom : _____		Adresse : _____	
Prénom : _____		Ville : _____	
Sexe : _____		Province : <b>Québec</b>	
Date de naissance : _____		Code postal : _____	
Age actuel : _____ ans		Téléphone résidence : _____	
No membre FQT (facultatif) : _____		Courriel : _____	
Ceinture actuelle (s'il y a lieu) : <b>Débutant</b>			
<b>SANTÉ</b>			
No d'assurance-maladie (pour recevoir des soins en cas d'urgence médicale) : _____			
Particularité médicale (ex.: asthme): _____			
<b>1er RÉPONDANT</b>		<b>2e RÉPONDANT</b>	
Nom : _____		Nom : _____	
Téléphone bur: _____		Téléphone bur: _____	
<b>ATTESTATION</b>			
<i>J'atteste que tous les renseignements fournis ci-dessus sont véridiques. De plus, j'autorise le conseil d'administration du Club de Taekwondo de Cap-Rouge et Saint-Augustin à transmettre ces informations aux municipalités de Québec et de Saint-Augustin-de-Desmaures, à la Fédération Québécoise de Taekwondo ainsi qu'à toute personne physique ou morale qu'il juge nécessaire d'aviser dans le cadre de ses activités.</i>			
_____ Signature (adulte)		_____ Date	
<b>CHOIX DE LA PÉRIODE</b> (6-12 ans débutant OU ceinture blanche I ou II)			
<input type="checkbox"/> vendredi soir			
<input type="checkbox"/> samedi matin, heure : _____			

PAIEMENT	
Frais de cours: _____	\$ Saisie liste : _____
Location de plastron: _____	\$ Vérification : _____
Réduction: _____	\$ Remboursement/facture : _____
Total: _____	Comptant _____ Chèque _____