

Rouler à Vélo pour la Villa Pierrot

Dimanche 25 août 2019

9ième édition

Numéro d'enregistrement : 843172396RR0001

FORMULAIRE D'INSCRIPTION PAR LA POSTE

Le formulaire ci-dessous doit être imprimé, complété et envoyé avec un chèque libellé à l'ordre de la Villa Pierrot au montant complet, selon le choix du forfait, à :

La Villa Pierrot, 432, rue Merry N, Magog (Québec) J1X 2G5, Canada

Parcours	<input type="checkbox"/> 25 KM	<input type="checkbox"/> 54 KM	<input type="checkbox"/> 80 KM		
Forfait	<input type="checkbox"/> 1 SOLO	<input type="checkbox"/> 4 Équipe	<input type="checkbox"/> 8 Équipe		
Participant 1 (SOLO ou ÉQUIPE)					
Prénom :		Nom de famille :			
Adresse :		Ville :			
Code postal :		Tel :			
Courriel :		Cell :			
Téléphone d'urgence :		Numéro d'assurance maladie :			
Âge :	Sexe	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Masculin		
Grandeur du maillot	<input type="checkbox"/> Très Petit	<input type="checkbox"/> Petit	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Grand	<input type="checkbox"/> Très grand
Allergies alimentaires. Précisez lesquelles : _____					
Participant 2 (Équipe)					
Prénom :		Nom de famille :			
Courriel :		Code postal :			
Adresse :		Ville :	Province :		
Téléphone d'urgence :		Numéro d'assurance maladie :			
Âge :	Sexe	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Masculin		
Grandeur du maillot	<input type="checkbox"/> Très Petit	<input type="checkbox"/> Petit	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Grand	<input type="checkbox"/> Très grand
Allergies alimentaires. Précisez lesquelles : _____					

Participant 3 (ÉQUIPE)					
Prénom :		Nom de famille :			
Courriel :		Code postal :			
Adresse :		Ville :		Province :	
Téléphone d'urgence :		Numéro d'assurance maladie :			
Âge :		Sexe		<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	
Grandeur du maillot		<input type="checkbox"/> Très Petit <input type="checkbox"/> Petit <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Grand <input type="checkbox"/> Très grand			
Allergies alimentaires. Précisez lesquelles : _____					
Participant 4 (ÉQUIPE)					
Prénom :		Nom de famille :			
Courriel :		Code postal :			
Adresse :		Ville :		Province :	
Téléphone d'urgence :		Numéro d'assurance maladie :			
Âge :		Sexe		<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	
Grandeur du maillot		<input type="checkbox"/> Très Petit <input type="checkbox"/> Petit <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Grand <input type="checkbox"/> Très grand			
Allergies alimentaires. Précisez lesquelles : _____					
Participant 5 (ÉQUIPE)					
Prénom :		Nom de famille :			
Courriel :		Code postal :			
Adresse :		Ville :		Province :	
Téléphone d'urgence :		Numéro d'assurance maladie :			
Âge :		Sexe		<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	
Grandeur du maillot		<input type="checkbox"/> Très Petit <input type="checkbox"/> Petit <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Grand <input type="checkbox"/> Très grand			
Allergies alimentaires. Précisez lesquelles : _____					
Participant 6 (ÉQUIPE)					
Prénom :		Nom de famille :			
Courriel :		Code postal :			
Adresse :		Ville :		Province :	
Téléphone d'urgence :		Numéro d'assurance maladie :			
Âge :		Sexe		<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	
Grandeur du maillot		<input type="checkbox"/> Très Petit <input type="checkbox"/> Petit <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Grand <input type="checkbox"/> Très grand			
Allergies alimentaires. Précisez lesquelles : _____					

