|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Inscription – Répits de Portneuf  Automne 2019 | | |
| **IDENTIFICATION** | | | |
| NOM DU PARTICIPANT : Cliquez ici pour taper du texte.  DATE DE NAISSANCE : Cliquez ici pour taper du texte.  NOM DU PARENT :Cliquez ici pour taper du texte.  COORDONNÉES DU PARENT (courriel et téléphone) : Cliquez ici pour taper du texte. | | | |
| **CHOIX DES DATES** | | | |
| **DATES** | | **CHOIX**  **(Sélectionner les dates que vous désirez avoir)** |
| 20 au 22 septembre | |  |
| 4 au 6 octobre | |  |
| 18 au 20 octobre | |  |
| 1 au 3 novembre | |  |
| 15 au 17 novembre | |  |
| 29 novembre au 1er décembre | |  |
| 13 au 15 décembre | |  |
| \*\*\* N.B : Une seconde inscription suivra pour les dates de la saison d’hiver \*\*\*  Je n’ai pas de préférence pour les dates mais j’aimerais avoir       répits. | | | |
| **PAIEMENT** | | | |
| **Les frais seront payés par** : Cliquez ici pour taper du texte.  Je désire avoir un reçu :  Oui  Non  Si les frais sont payés par le CLSC, veuillez *indiquer le nom de la personne* à qui nous devrons faire parvenir la facturation. De plus, veuillez joindre les coordonnées complètes de votre CLSC. Il est important de l’inscrire même si c’est la même personne que l’an dernier.        **Retourner ce document avec la fiche d’information du participant (seulement si vous ne nous l’avez pas envoyé pour l’inscription au camp d’été 2019) à l’adresse : services@autismequebec.org** | | | |