|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Inscription  **Répits de Portneuf 2021-2022** | | |
| **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)** |
| 11 au 12 septembre 2021 (1 nuitée) | |  |
| 2 au 3 octobre 2021 (1 nuitée) | |  |
| 13 au 14 novembre 2021 (1 nuitée) | |  |
| 4 au 5 décembre 2021 (1 nuitée) | |  |
| 8 au 9 janvier 2022 (1 nuitée) | |  |
| 12 au 13 février 2022 (1 nuitée) | |  |
| 5 au 6 mars 2022( 1 nuitée) | |  |
| 2 au 3 avril 2022 (1 nuitée) | |  |
| 7 au 8 mai 2022 (1 nuitée) | |  |
| 3au 4 juin 2022 (1 nuitée) | |  |
| 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.  Nom de la personne pour l’envoi de la facturation :       Coordonnées complètes du CLSC :  **Retourner ce document avec la fiche d’information du participant à l’adresse suivante :** [**services@autismequebec.org**](mailto:services@autismequebec.org)  L’équipe d’Autisme Québec vous remercie ! | | | |