



## Inscription pour clinique

**Endroit : Les Écuries PCD, 169 Notre Dame, Champlain, G0X 1C0**  
**Responsable : Patricia Côté**  
**Tél. : 819-376-9690**

## Identification du (de la) participant(e)

**Nom :** \_\_\_\_\_

**Prénom :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ville :** \_\_\_\_\_

**Code Postal :** \_\_\_\_\_

**Téléphone résidence :** \_\_\_\_\_

**Téléphone travail :** \_\_\_\_\_

**Cellulaire :** \_\_\_\_\_

**Courriel :** \_\_\_\_\_

**Nom de la clinique :** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_

**Coût de la clinique :** \_\_\_\_\_

**Acompte : \$20.00 (argent, mandat poste ou chèque au nom de Patricia Côté)**

**Solde payable en argent sur place :** \_\_\_\_\_