



NOM DE FAMILLE FAMILY NAME	NOM DE JEUNE FILLE MAIDEN NAME
ADRESSE ADDRESS	APP. APT.
VILLE CITY	CODE POSTAL POSTAL CODE
TÉLÉPHONE (DOMICILE) TELEPHONE (RESIDENCE)	TÉLÉPHONE (AUTRE) TELEPHONE (OTHER)
COURRIEL EMAIL ADDRESS	

Oui, ajoutez mon adresse courriel au bulletin de la Ville de Montréal Ouest pour recevoir des informations sur nos programmes, des dates importantes et information general / Yes, Please add my e-mail address to the Town of Montreal West Bulletin to receive program information, important dates and other information.

VEUILLEZ COMPLÉTER POUR CHAQUE PARTICIPANT DE 16 ANS ET MOINS / PLEASE COMPLETE FOR ALL PARTICIPANTS 16 YEARS AND UNDER

NOM DE LA MÈRE MOTHER'S NAME	TÉLÉPHONE (TRAVAIL) TELEPHONE (WORK)	CELLULAIRE CELLULAR
NOM DU PÈRE FATHER'S NAME	TÉLÉPHONE (TRAVAIL) TELEPHONE (WORK)	CELLULAIRE CELLULAR
CONTACT EN CAS D'URGENCE CONTACT IN CASE OF EMERGENCY		

PERSONNE AUTORISÉE(S) À VENIR CHERCHER L'ENFANT
PERSONS AUTHORIZED TO PICK UP MY CHILD

PRÉNOM FIRST NAME	NAISSANCE DATE OF BIRTH	SAISON SEASON	PROGRAMME PROGRAM	JOUR(S) DAY(S)	COÛT FEE
	MM/JJ/AA MM/DD/YY				\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$

INFORMATION MEDICALE / MEDICAL INFORMATION

PRÉNOM FIRST NAME	NUMERO D'ASSURANCE MALADIE MEDICARE CARD NUMBER	DATE D'EXPIRATION EXPIRATION DATE
		AAAA/MM YYYY/MM

Pour chaque participant, veuillez indiquer si il y a des allergies ou une problème de nature physique ou émotionnelle (spécifier s.v.p.)
Please indicate for each participant if there are any allergies, or physical or emotional conditions (please specify)

RENONCIATION CONCERNANT LES PHOTOS PRISES AU COURS DES ACTIVITÉS / WAIVER FOR USE OF PHOTOGRAPHS TAKEN DURING ACTIVITIES

J'autorise le Service de loisirs et de parcs à prendre des photos durant les programmes auxquels je suis inscrit ou je participe. Il est entendu que ces photos pourront servir à des buts promotionnels et que je ne serai pas dédommagé. / I authorize the Recreation Department to take photographs during programs and activities which I have registered for or attend. I understand that these pictures may be used for future promotional purposes, without any compensation.

Signature: _____ Date _____



Montréal-Ouest / Montreal West

Recreation and Cultural Services
Service des loisirs et de la culture

PAIEMENTS / PAYMENTS

Mode de paiement/ Method of Payment	Date	Montant/ Amount

N° de carte de credit/Credit Card No. _____

Date d'expiration / Expiration Date _____

Signature : _____

Politique générale de remboursement / General Refund Policy

Les remboursements ne seront acceptés qu'au cours des deux premières semaines des sessions. Seules les demandes écrites seront considérées pour des remboursements. Tout remboursement sera soumis à des frais administratifs de 35 \$.

Refunds will only be accepted 2 weeks into the program and will only be considered upon receipt of a written request. All refunds will be subject to an administrative charge of \$35.

Remboursement pour le programme de santé et de mieux-être / Health and Wellness Program Refund Policy

Aucun remboursement ne sera accordé sans demande écrite. Les remboursements demandés avant le début des programmes seront assujettis à des frais administratifs de 35 \$. Après le début du programme, les remboursements seront les suivants : Pour une session : 35 \$ plus 10%, pour une demande soumise au cours de la 1^{ère} semaine du programme et 35 \$ plus 20%, pour une demande soumise au cours de la deuxième semaine. Aucun remboursement après la 2^{ème} semaine. Pour 3 sessions : Aux fins de remboursement une session sera considérée comme étant complétée pour toute demande soumise après la 2^{ème} semaine. Des frais administratifs de 35 \$ plus 10% seront déduits pour le reste des sessions.

Refunds will only be considered upon receipt of a written request. Refunds requested prior to the start of the program will be subject to an administrative charge of \$35. Once the program has started refunds will be as follows: For one session: 1st week of program: \$35 plus 10%, 2nd week of program: 35\$ plus 20%. No refund after the 2nd week. For 3 sessions: Any request made after 2 weeks of any session, that session will be considered completed for the purposes of the refund. A \$35 administrative charge plus 10% will be deducted to the remaining session(s).

J'ai lu et j'ai compris la politique de remboursement / I have read and understood the refund policy

Signature _____ Date _____

POUR L'USAGE DE BUREAU SEULEMENT / OFFICE USE ONLY

DEPOSIT INFORMATION

Date	Comment	