



# Baseball Pierrefonds CLINIQUES—CLINICS

## Formulaire d'inscription Registration form

|                                      |  |                            |  |
|--------------------------------------|--|----------------------------|--|
| Nom/Last name:                       |  | Prénom/First name:         |  |
| Date de naissance/<br>Date of birth: |  | Ass. Maladie/<br>Medicare: |  |
| Adresse/Address:                     |  | Ville/City:                |  |
| Code postal /<br>Postal Code:        |  | Courriel/Email:            |  |
| Tél./Phone:                          |  | Cel.:                      |  |

### CLINIQUE/Clinic:

Lanceur/Receveur:  
Pitching/Catching:

Pitcher \_\_\_\_\_ Catcher: \_\_\_\_\_ Les deux / Both: \_\_\_\_\_

Automne/Fall

Hiver/Winter

Pré-saison /Spring training:

Dernier niveau joué /Last level played: \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_ Position: \_\_\_\_\_

Je n'ai jamais joué au baseball /I have never played baseball before:

**Vous pouvez déposer votre inscription, avec votre paiement, à notre NOUVELLE adresse postale au CENTRE CULTUREL DE PIERREFONDS, 13850, boul. Gouin O., Pierrefonds, Québec, H8Z 1X7.**

**You may drop your registration, with your payment, at our NEW postal address at CENTRE CULTUREL DE PIERREFONDS, 13850, boul. Gouin O., Pierrefonds, Québec, H8Z 1X7.**

RESERVÉ À L'ADMINISTRATION / RESERVED FOR ADMINISTRATION

Paiement: \_\_\_\_\_ Comptant: \_\_\_\_\_ Chèque: \_\_\_\_\_ Banque \_\_\_\_\_ Numéro \_\_\_\_\_

Commentaires: \_\_\_\_\_