



# IMMERSION EN LEADERSHIP ENTREPRENEURIAL

ESCOUADE 15-17 « LE GOÛT D'ENTREPRENDRE »

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Prénom et nom : \_\_\_\_\_

Date de naissance et âge : \_\_\_\_\_

Prénom et nom du parent : \_\_\_\_\_

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

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

Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone (résidence) : \_\_\_\_\_

Téléphone (autre) : \_\_\_\_\_

Contact en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

Souffrez-vous d'un problème de santé? \_\_\_\_\_

Si oui, lequel? \_\_\_\_\_

Médicaments (si applicable) : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

Expiration : \_\_\_\_\_

***Expliquez-nous, en quelques phrases, pourquoi vous souhaitez participer à ce camp d'été en leadership entrepreneurial. Merci!***

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_