

JEUX PARAMÉDICAUX^{MC}



PARAMEDIC GAMESTM

**PARAMEDIC TEAM
CHALLENGETM**

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

(600,00 \$ par équipe)

(ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES)

PROVINCE : _____ NOM DE L'ÉQUIPE : _____

PARAMÉDIC #1

NOM : _____ NOM DE L'ÉQUIPE : _____

ADRESSE : _____ VILLE : _____

CODE POSTAL : _____ TÉLÉPHONE : () _____

MATRICULE : _____ CELLULAIRE : () _____

ANNÉES DE SERVICE : _____ PAGETTE : () _____

COURRIEL : _____

EMPLOYEUR PARAMÉDIC # 1 ou ÉCOLE DE FORMATION PARAMÉDIC

NOM : _____

ADRESSE : _____ VILLE : _____

CODE POSTAL : _____ TÉLÉPHONE : () _____

PARAMÉDIC #2

NOM : _____ NOM DE L'ÉQUIPE : _____

ADRESSE : _____ VILLE : _____

CODE POSTAL : _____ TÉLÉPHONE : () _____

MATRICULE : _____ CELLULAIRE : () _____

ANNÉES DE SERVICE : _____ PAGETTE : () _____

COURRIEL : _____

EMPLOYEUR PARAMÉDIC # 1 ou ÉCOLE DE FORMATION PARAMÉDIC

NOM : _____

ADRESSE : _____ VILLE : _____

CODE POSTAL : _____ TÉLÉPHONE : () _____

IMPORTANT : L'équipe de l'organisation des Jeux Paramédicaux accepte seulement les mandats postaux ou bancaires comme modes de paiement