

TITRE DU COURS :

DATE :

ENDROIT :

Ste-Foy Trois-Rivières

PARTICIPANT

Prénom : _____

Nom : _____

Adresse : _____

Prov.: _____ Code : _____

Téléphone : (_____) _____

Courriel : _____ @ _____

PAIEMENT

Visa Master Card American Express

Numéro : _____

Date d'expiration : _____ / _____

Nom sur la carte : _____

Signature : _____

Veuillez remettre ou faxer au magasin concerné :

Ste-Foy FAX (418) 656-1815

Trois-Rivières FAX (819) 376-6112