



FORMULAIRE DEMANDE DE SOUMISSION CLINIQUE PERSONNALISÉE



NOM DU CLUB			
ÉCOLE OU VILLE			
ADRESSE (où aura lieu la formation)			
RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE CONTACTE			
NOM		PRÉNOM	
COURRIEL (obligatoire)		TÉLÉPHONE	
DESCRIPTION DES BESOINS			
CATÉGORIE		CHOIX DE DATE ET HEURES	1)
			2)
NIVEAU			3)
			4)
COMBIEN D'INSTRUCTEURS AVEZ-VOUS BESOIN			
QUELS SONT LES ÉLÉMENTS QUE VOUS AIMERIEZ VOIR DURANT CETTE CLINIQUE			
S.V.P RETOURNER LE FORMULAIRE À L'ADRESSE SUIVANTE			
COURRIEL : info@cheerleadingquebec.com			
PAR FAX: 514-252-3146			
PAR LA POSTE: 4545, av. Pierre-De-Coubertin, CP 1000, Succ.M, Montréal (Qc), H1 V 3N7			
Réservé à l'usage de la FCQ seulement			
Commentaires:			