

Form for Online Registration Account

Return by fax to 514-684-8885, by email to centredesarts@ddo.qc.ca, by mail to The Dollard Centre for the Arts, 12001 de Salaberry, D.D.O., Q.C., H9B 2A7 or drop it in the mail slot of the Dollard Centre for the Arts office (Room 008).

Dollard Residents must include proof of residency: a copy of your lease, tax bill, Hydro bill or driver's license.

PLEASE PRINT CLEARLY

1.) Primary Family Contact:

First Name: _____ Last Name: _____

Address: Civic Number: _____ Street: _____ Apartment: _____

City: _____ Postal Code: _____ Family email: _____

Phone (Home): _____

Phone (Work): _____

Phone (Other): _____

Family relationship: (i.e. Father, Mother, son etc.) _____ Languages Spoken: _____

Birth date (obligatory): year: _____ month: _____ day: _____ Male: _____ Female: _____

2.) Second Family Member

First Name: _____ Last Name: _____

Phone (Work): _____ Phone (Other): _____

For children – in case of emergency: Phone: _____ Name: _____ Relationship: _____

Family relationship: (i.e. Father, Mother, son etc.) _____ Languages Spoken: _____

Birth date (obligatory): year: _____ month: _____ day: _____ Male: _____ Female: _____

3.) Third Family Member

First Name: _____ Last Name: _____

Phone (Work): _____ Phone (Other): _____

For children – in case of emergency: Phone: _____ Name: _____ Relationship: _____

Family relationship: (i.e. Father, Mother, son etc.) _____ Languages Spoken: _____

Birth date (obligatory): year: _____ month: _____ day: _____ Male: _____ Female: _____

4.) Fourth Family Member

First Name: _____ Last Name: _____

Phone (Work): _____ Phone (Other): _____

Family relationship: (i.e. Father, Mother, son etc.) _____ Languages Spoken: _____

For children – in case of emergency: Phone: _____ Name: _____ Relationship: _____

Birth date (obligatory): year: _____ month: _____ day: _____ Male: _____ Female: _____

5.) Fifth Family Member

First Name: _____ Last Name: _____

Phone (Work): _____ Phone (Other): _____

For children – in case of emergency: Phone: _____ Name: _____ Relationship: _____

Family relationship: (i.e. Father, Mother, son etc.) _____ Languages Spoken: _____

Birth date (obligatory): year: _____ month: _____ day: _____ Male: _____ Female: _____

6.) Sixth Family Member

First Name: _____ Last Name: _____

Phone (Work): _____ Phone (Other): _____

For children – in case of emergency: Phone: _____ Name: _____ Relationship: _____

Family relationship: (i.e. Father, Mother, son etc.) _____ Languages Spoken: _____

Birth date (obligatory): year: _____ month: _____ day: _____ Male: _____ Female: _____

7.) Seventh Family Member

First Name: _____ Last Name: _____

Phone (Work): _____ Phone (Other): _____

For children – in case of emergency: Phone: _____ Name: _____ Relationship: _____

Family relationship: (i.e. Father, Mother, son etc.) _____ Languages Spoken: _____

Birth date (obligatory): year: _____ month: _____ day: _____ Male: _____ Female: _____

Formulaire pour l'inscription en ligne

Veuillez retourner par télécopieur au 514 684-8885; vous pouvez aussi nous faire parvenir les copies numérisées par courriel au centredesarts@ddo.qc.ca, ou encore par le poste au « Centre des Arts de Dollard, 12001 boul. De Salaberry, D.D.O. (QC) H9B 2A7 ou déposer le formulaire dans la boîte aux lettres du bureau (salle 008). **Les résidents de D.D.O.** doivent inclure une preuve de résidence : copie du bail, facture de taxes municipales ou d'Hydro-Québec, ou permis de conduire.

VEUILLEZ ÉCRIRE LISIBLEMENT EN LETTRES MOULÉES

1.) Personne responsable de la famille :

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse : No. civique: _____ Rue : _____ Appartement : _____

Ville : _____ Code postal : _____ Courriel de la famille: _____

Téléphone (domicile) : _____

Téléphone (bureau) : _____

Téléphone (autre) : _____

Lien : (ex. père, mère, fils, etc.) _____ Langues parlées : _____

Date de naissance (obligatoire) : année : _____ mois : _____ jour: _____ M. : ____ Mme : _____

2.) Second membre de la famille :

Prénom : _____ Nom : _____

Téléphone (bureau) : _____ Téléphone (autre) : _____

Pour les enfants – en cas d'urgence : Téléphone : _____ Nom : _____ Lien : _____

Lien : (ex. père, mère, fils, etc.) _____ Langues parlées : _____

Date de naissance (obligatoire) : année : _____ mois : _____ jour : _____ Masculin : ____ Féminin : ____

3.) Troisième membre de la famille :

Prénom : _____ Nom : _____

Téléphone (bureau) : _____ Téléphone (autre) : _____

Pour les enfants – en cas d'urgence : Téléphone : _____ Nom : _____ Lien : _____

Lien : (ex. père, mère, fils, etc.) _____ Langues parlées : _____

Date de naissance (obligatoire) : année : _____ mois : _____ jour : _____ Masculin : ____ Féminin : ____

4.) Quatrième membre de la famille :

Prénom : _____ Nom : _____

Téléphone (bureau) : _____ Téléphone (autre) : _____

Pour les enfants – en cas d’urgence : Téléphone : _____ Nom : _____ Lien : _____

Lien : (ex. père, mère, fils, etc.) _____ Langues parlées : _____

Date de naissance (obligatoire) : année : _____ mois : _____ jour : _____ Masculin : ___ Féminin : ___

5.) Cinquième membre de la famille :

Prénom : _____ Nom : _____

Téléphone (bureau) : _____ Téléphone (autre) : _____

Pour les enfants – en cas d’urgence : Téléphone : _____ Nom : _____ Lien : _____

Lien : (ex. père, mère, fils, etc.) _____ Langues parlées : _____

Date de naissance (obligatoire) : année : _____ mois : _____ jour : _____ Masculin : ___ Féminin : ___

6.) Sixième membre de la famille :

Prénom : _____ Nom : _____

Téléphone (bureau) : _____ Téléphone (autre) : _____

Pour les enfants – en cas d’urgence : Téléphone : _____ Nom : _____ Lien : _____

Lien : (ex. père, mère, fils, etc.) _____ Langues parlées : _____

Date de naissance (obligatoire) : année : _____ mois : _____ jour : _____ Masculin : ___ Féminin : ___

7.) Septième membre de la famille :

Prénom : _____ Nom : _____

Téléphone (bureau) : _____ Téléphone (autre) : _____

Pour les enfants – en cas d’urgence : Téléphone : _____ Nom : _____ Lien : _____

Lien : (ex. père, mère, fils, etc.) _____ Langues parlées : _____

Date de naissance (obligatoire) : année : _____ mois : _____ jour : _____ Masculin : ___ Féminin : ___