|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RENSEIGNEMENTS PERSONNELS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom : |  | | | | | | | | Prénom : | | | |  | | | | | |
| Nom de l’organisme (si applicable) ou Programme et Institution (si étudiant) : | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Catégorie :** | | **Étudiant (150$)**  *Avant minuit (HAE) le 8 novembre 2019* | | | | **Lève-tôt (300$)**  *Avant minuit (HAE) le 1er novembre 2019* | | | | | | | | **Régulier ($350$)**  *Avant minuit (HNE) le 8 janvier 2020* | | | | |
| Adresse : | | |  | | | | | | | | | Pays : | | | |  | | |
| Ville : | | |  | | | | Province/État : | | | |  | | | | | Code postal : | |  |
| Coordonnées : | | | Rés. : |  | | | Cellulaire : | | | |  | | | | | | | |
|  | | | Bur. : |  | | | Courriel : | | | |  | | | | | | | |
| Veuillez indiquer toutes restrictions alimentaires : | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Veuillez indiquer toutes demandes ou besoins spéciaux : | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **LANGUE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| La plupart des sessions seront présentées en anglais, avec possibilité de certaines séances offertes en français. Aurez-vous besoin de services d’interprétation simultanée ? | | | | | | | | | | Oui  Non  Anglais vers français  Français vers anglais | | | | | | | | |
| **ATTESTATION DE PARTICIPATION** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Avez-vous besoin d’une attestation de participation (Attestation de formation continue)? | | | | | | | | | | | | | | | | | Oui  Non | |
| **PAIEMENT** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Veuillez sélectionner votre méthode de paiement : | | | | | | | | Montant du paiement :       $ | | | | | | | | | | |
| VISA | | | | | MasterCard | | | | | | | | | | CHÈQUE | | | |
| Si vous payez par VISA ou MasterCard, une facture électronique sera transmise par courriel avec les instructions pour paiement sécurisé en ligne. Veuillez compléter les champs suivants au besoin. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom complet du payeur (si différent de la personne inscrite) :  Adresse courriel pour l’envoi de la facture (si différent du courriel indiqué ci-dessus) : | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Veuillez faire parvenir votre fiche complétée par courriel à l’adresse** [conference@crdsc-sdrcc.ca](mailto:conference@crdsc-sdrcc.ca)

Si vous payez par chèque s.v.p. l’acheminer à l’adresse suivante :

Centre de règlement des différends sportifs du Canada

1080 côte du Beaver Hall, bureau 950, Montréal, QC H2Z 1S8

**Les places sont limitées et ne seront garanties qu’à la réception du paiement complet.**