

**ÉCOLE DE THÉÂTRE / THEATRE SCHOOL**  
**Formulaire d'inscription / Registration Form**

**Nom de l'élève / Student's name:**

\_\_\_\_\_

**Groupe d'âge de l'élève / Student's age group:** \_\_ 6-9 \_\_ 10- 13

**Date de naissance / Date of birth:** \_\_\_\_\_

**Adresse / Address:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Parents ou tuteurs légaux / Parents or legal guardians (#1):**

**Nom / name:**

\_\_\_\_\_

**No de téléphone à la maison / Home phone number:**

\_\_\_\_\_

**No de téléphone au travail / Work phone number:** \_\_\_\_\_

**No de téléphone cellulaire / Cell number:**

\_\_\_\_\_

**Adresse courriel / Email address:** \_\_\_\_\_

**Parents ou tuteurs légaux / Parents or legal guardians (#2):**

**Nom / name:**

\_\_\_\_\_

**No de téléphone à la maison / Home phone number:**

\_\_\_\_\_

**No de téléphone au travail / Work phone number:** \_\_\_\_\_

**No de téléphone cellulaire / Cell number:**

\_\_\_\_\_

**Adresse courriel / Email address:**

\_\_\_\_\_

**Contact alternative (grandparent, gardienne etc.) / Alternate contact  
(grandparent, babysitter etc.)**

**Nom / Name:** \_\_\_\_\_

**No de téléphone / Phone number:** \_\_\_\_\_

**Renseignements médicaux importants / Important medical information:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

No de carte d'assurance maladie / Health Card Number:

---

**Expérience ou formations théâtrales du participant**  
**/ Student's theatre experience or training:**

---

---

---

**Autorisation de diffusion / Media Release**

En signant ci-dessous, vous comprenez et acceptez que votre enfant soit pris en photos et/ou vidéos lors de leur participation dans des activités reliées à l'école de théâtre. Ces images seront prises uniquement à des fins archivistiques ou promotionnelles.  
*By signing below, you agree that you understand we might take photos and/ or video footage of your child while they are participating in school of theatre activities. Photos and/or video footage will be used for archival and promotional purposes only.*

---

Signature du parent ou tuteur légal / Signature of parent or legal guardian

**Comment ou où avez-vous entendu parler de l'école de théâtre**  
**/ How or where did you hear about our theatre school**

---

---

---

o Coût / Cost: 300.00\$

**TOTAL:** \_\_\_\_\_

Vous pouvez effectuer votre paiement lors de la première classe ou contactez-nous pour faire d'autres arrangements. / Please bring the payment to the first class or contact us to make other arrangements.

(306) 667-1221 [ecole@latroupedujour.ca](mailto:ecole@latroupedujour.ca)

---

À l'usage du bureau seulement / Office use only

Mode de paiement

Coût

Date Payé