



# GRAY ROCKS

SKI | GOLF | TENNIS | SPA

MONT-TREMBLANT, QUÉBEC



**Programme 9 Fin de Semaine Hiver 2008**  
**9 Weekends winter 2008 program**  
**Debut 12-13 Janvier 2008**

NOM ENFANT Name	DATE NAISSANCE	LANGUE	# ASS.MALADIE & DATE D'EXP.	AGE	PROGRAMME #	COÛT
Total avec taxe 6% TPS et 7.5% TVQ						

Pas de remboursement pour les leçons manquées/Date limite 2 décembre 2007. Coût additionnel de 50\$ après cette date.  
 No reimbursement for missed lessons. Deadline to register December 2, 2007, \$50 additional fee after the deadline.

	PROGRAMME	COÛT Avant taxes	COÛT Avec taxes	SAMEDI	DIMANCHE
#1	BAMBINS(3-4 ANS)	249\$	283.74\$	AM	AM
#2	TOUT-PETITS (5-6 ANS)	249\$ ½ journée 399\$ journée	283.74\$ ½ journée 454.66\$ journée	AM AM & PM	AM AM & PM
#3	JUNIOR (7-14 ANS) Ski	399\$ avec passe saison 549\$ sans passe saison	454.66\$ avec passe saison 625.59 sans passe saison	JOURNÉE COMPLÈTE	JOURNÉE COMPLÈTE
#4	JUNIOR (7-14 ANS) SNOW	399\$ avec passe saison 549\$ sans passe saison	454.66\$ avec passe saison 625.59 sans passe saison	JOURNÉE COMPLÈTE	-
#5	ELITE SKI (7-14ans) 3 jrs camp (2-3-4 jan.)	549\$ avec passe saison 699\$ sans passe saison	625.59\$ avec passe saison 796.51\$ sans passe saison	JOURNÉE COMPLÈTE	
#6	ADULTES SKI	249\$ avec passe saison 399\$ sans passe saison	283.74\$ avec passe saison 454.66\$ sans passe saison	AM	AM
#7	GARDERIE (DAYCARE) (si autre enfants programme)	225.00\$ AM ou PM	256.39\$	AM / PM	AM / PM
	LOCATION D'ÉQUIPEMENT	150\$/saison/season	170.93\$		

Nom des parents: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Code Postal: \_\_\_\_\_

E-Mail/Courriel: \_\_\_\_\_

Résidence: \_\_\_\_\_ Chalet: \_\_\_\_\_

Autres(Urgence, Cellulaire...) \_\_\_\_\_

Carte de crédit: \_\_\_\_\_ expiration: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**NB:**

J'autorise Gray Rocks à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence et à faire transporter à mes frais, mon enfant à la clinique ou à l'hôpital le plus près.

*In case of an emergency, I authorize Gray Rocks to provide first aid and to transport my child to the nearest clinic or hospital at my expense.*

Signature: \_\_\_\_\_

Informations Internes/For office use only	
Montant chargé	
Chargé le	
C/L #	
Notes:	