



BIB NUMBER / NUMÉRO DE DOSSARD

FIRST NAME / PRÉNOM: _____

LAST NAME / NOM: _____

ROOM NUMBER / NUMÉRO DE CHAMBRE: _____

PHONE NUMBER / NUMÉRO DE TÉLÉPHONE: _(____)____-_____

EMAIL: _____

PASSES

<input type="checkbox"/>	Event Pass / Passe d'Évènement	220\$	_____
<input type="checkbox"/>	Friday Pass / Passe du Vendredi	75\$	_____
<input type="checkbox"/>	Saturday Pass / Passe du Samedi	90\$	_____
<input type="checkbox"/>	Sunday Pass / Passe du Dimanche	90\$	_____
<input type="checkbox"/>	Monday Pass / Passe du lundi	35\$	_____
<input type="checkbox"/>	Spectator Pass / Passe de spectateur	35\$	_____
<input type="checkbox"/>	Evening Pass / Passe de soirée After 10H30 pm / Après 10h30 pm	35\$	_____

Total _____

I hereby authorize the reproduction, sale, copyright, exhibition, broadcast, and/or distribution of any event videotape without limitations. I understand the physical risks associated with dance competition and social dancing and assume full responsibility for any injury or personal damages resulting from my activities at these Canadian Swing Championships.

J'autorise la reproduction, la vente, le droit d'auteur, l'exposition, la diffusion et/ou la distribution de vidéo de l'évènement sans limites. Je comprends les risques physiques liés aux compétitions et à danse sociale. J'assume l'entière responsabilité pour les dommages et/ou blessures personnelles résultant de mes activités à ces Championnats de Swing Canadiens.

Signature _____

Date _____

ESPACE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION- - - SPACE RESERVED FOR ADMINISTRATION

PAIEMENT :

CARTE DE CRÉDIT:

COMPTANT: MONTANT: _____

TYPE

EXPIRATION **20**__ / __

CVD/CVV

REÇU PAR _____ HEURE: _____