



**CAMP DE VR-4 INTERMÉDIAIRE
14 et 15 avril 2012**

L'équipe de l'Académie vous contactera suite à la réception du formulaire.
SVP, retourner ce formulaire à academie@skyventuremontreal.com ou par télécopieur au 450 681-3531

Nom : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Expérience en soufflerie et objectifs personnels

Temps total en soufflerie : _____

Temps total en VR-2 _____ Temps total en VR-3 _____ Temps total en VR-4 _____

Avez-vous déjà travaillé avec un coach de l'Académie (Si oui, le/lesquels)? _____

Avez-vous déjà participé à un autre camp de l'Académie (Si oui, le/lesquels)? _____

Quels sont vos objectifs personnels pour ce camp? _____

Expérience en parachutisme

Nombre de sauts : _____

Nb. de sauts en VR-2 _____ Nb. de sauts en VR-3 _____ Nb. de saut en VR-4 _____

Licence : _____

Qualifications : _____

Discipline préférée : _____

Numéro ACPS valide : _____

Date de participation – Camp 14 et 15 avril 2012

Horaire : Samedi matin (7 h 30) et dimanche matin (7 h 30)