**FORMULAIRE D’INSCRIPTION D’ÉQUIPE**

**Nom de l’équipe :**

**Entreprise / organisme :**

**Contact de l’équipe :**

|  |
| --- |
| **FORMATION DE L’ÉQUIPE (4-6 joueurs)** |
| **Nom du joueur (prénom et nom)** | **Adresse de courriel** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

La date limite d’inscription de l’équipe est le **vendredi 22 avril 2016**. Des droits d’inscription de 750 $ par équipe sont payables à :

**Basketball en fauteuil roulant Canada**
6, promenade Antares, phase 1, unité 8
Ottawa (Ontario) K2E 8A9

Veuillez envoyer par courriel votre formulaire d’inscription dûment rempli à Cori Droogh, à l’adresse cdroogh@wheelchairbasketball.ca.

**Pour plus de renseignements, veuillez visiter wheelchairbasketball.ca.**

**#FinancerLeFutur**