

Formulaire d'inscription Camp de Jour estival

Information du participant					
Prénom			Nom de famille		
Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> English	Date de naissance (aa/mm/jj)	Âge	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Numéro d'assurance maladie	
				Date d'expiration de la carte	
Adresse			App.	Ville	Code postal
			Téléphone – Résidence ()		

Information sur les parents : premier répondant			Information sur les parents : deuxième répondant		
Nom et prénom :			Nom et prénom		
# ass. sociale (pour crédit d'impôt) :			# ass. sociale (pour crédit d'impôt) :		
Adresse complète (si différente de l'enfant) :			Adresse complète (si différente) :		
Téléphone - Résidence : ()	Cellulaire : ()		Téléphone - Résidence : ()	Cellulaire : ()	
Téléphone - Travail : ()	Ext :		Téléphone - Travail : ()	Ext :	
Courriel :			Courriel :		
Crédit d'impôt :					
<input type="checkbox"/> 100% au premier répondant		<input type="checkbox"/> 50% - 50%		<input type="checkbox"/> 100% au deuxième répondant	
1^{er} contact en cas d'urgence (si les parents ne peuvent être rejoints)			2^{ième} contact en cas d'urgence (si les parents ne peuvent être rejoints)		
Nom et prénom :		Relation :	Nom et prénom :		Relation :
Téléphone : ()			Téléphone : ()		

SANTÉ : Votre enfant présente-t-il l'une des conditions suivantes? Ou n/a <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Énurésie (mouille son lit)	<input type="checkbox"/> Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/> Épilepsie
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Maladies du cœur	<input type="checkbox"/> Troubles du comportement	<input type="checkbox"/> Maladies de peau
<input type="checkbox"/> Allergies :			<input type="checkbox"/> A-t-il une prescription d'épinéphrine (EpiPen ou Twinject)?
<input type="checkbox"/> Autres :			

À 16h, lorsque les activités du camp de jour se terminent, mon enfant est autorisé à quitter seul.

Oui Non

Lors des activités aquatiques, est-ce que votre enfant peut nager sans veste de flottaison ?

Oui Non

J'autorise le personnel du camp à agir en mon nom en cas d'urgence.

Oui Non

J'autorise la Ville à prendre et utiliser des photos de mon enfant à des fins promotionnelles.

Oui Non

J'ai pris connaissance des conditions et des modalités de remboursement et je les accepte.


Signature du parent : _____ Date : _____

LE PROGRAMME ASPIRANT MONITEUR (PAM) 14-15 ans

Camps de jour – Formulaire 2017 – Inscription en personne seulement

Prénom du participant

Nom du participant

CAMP (PAM) Sorties incluses Forfait 2 semaines		Tarif RÉSIDENTS	Tarif NON RÉSIDENTS		TOTAL Du Forfait
COCHEZ La sélection	SEMAINES				
	Sem.1 & Sem.2	130 \$	170 \$		
	Sem.3 & Sem.4	130 \$	170 \$		
	Sem.5 & Sem.6	130 \$	170 \$		

ENCERCLEZ LA SÉLECTION

CHANDAIL DU CAMP Inclus dans le forfait	Adulte : Gr. Small	Adulte : Gr. Moyen	Adulte : Gr. Large			INCLUS Sans frais
CHANDAIL DU CAMP – EXTRA, SI DÉSIRÉ	Adulte : Gr. Small	Adulte : Gr. Moyen	Adulte : Gr. Large	Quantité :	X 12 \$	
GRAND TOTAL						

ADMINISTRATION

Mode de paiement : chèque carte Débit carte Visa carte MasterCard

Chèque postdaté : Date _____ Montant : _____

Chèque postdaté : Date _____ Montant : _____

Chèque postdaté : Date _____ Montant : _____

Chèque postdaté : Date _____ Montant : _____

1^{er} enfant : nom _____ Montant : _____

2^e enfant : nom _____ Montant : _____

3^e enfant : nom _____ Montant : _____

Grand total de la
famille :