

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.		Téléphone – Résidence ()
			Ville		Code postal

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 : _____

LES MARAUDEURS 8 – 12 ans

Camps de jour – Formulaire 2017 – Inscription en personne seulement

Prénom du participant

Nom du participant

CAMP RÉGULIER Maraudeur 8-12 ans Sortie incluse (Sem.8 : places limitées)		Tarif RÉSIDENTS			Tarif NON RÉSIDENTS	Service d'accueil Prolongé			TOTAL De la semaine
COCHEZ La sélection	SEMAINES	ENCERCLEZ L'OPTION				ENCERCLEZ LES OPTIONS			
		1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant	AM	PM	AM & PM		
	Sem.1	105 \$	100 \$	95 \$	135 \$	20 \$	20 \$	30 \$	
	Sem.2	105 \$	100 \$	95 \$	135 \$	20 \$	20 \$	30 \$	
	Sem.3	105 \$	100 \$	95 \$	135 \$	20 \$	20 \$	30 \$	
	Sem.4	105 \$	100 \$	95 \$	135 \$	20 \$	20 \$	30 \$	
	Sem.5	105 \$	100 \$	95 \$	135 \$	20 \$	20 \$	30 \$	
	Sem.6	105 \$	100 \$	95 \$	135 \$	20 \$	20 \$	30 \$	
	Sem.7	105 \$	100 \$	95 \$	135 \$	20 \$	20 \$	30 \$	
	Sem.8	105 \$	100 \$	95 \$	135 \$	20 \$	20 \$	30 \$	
CAMP NATATION Sorties incluses Forfait 2 semaines		Tarif RÉSIDENTS			Tarif NON RÉSIDENTS	Service d'accueil prolongé			TOTAL De la semaine
COCHEZ La sélection	SEMAINES	ENCERCLEZ L'OPTION				ENCERCLEZ LES OPTIONS			
		1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant	AM	PM	AM & PM		
	Sem.1 & Sem.2	240 \$	230 \$	220 \$	300 \$	20 \$	20 \$	30 \$	
	Sem.3 & Sem.4	240 \$	230 \$	220 \$	300 \$	20 \$	20 \$	30 \$	
	Sem.5 & Sem.6	240 \$	230 \$	220 \$	300 \$	20 \$	20 \$	30 \$	
CAMP DÉCOUVERTE 10-13 ans Sortie incluse Forfait 1 semaine		Tarif RÉSIDENTS			Tarif NON RÉSIDENTS	Service d'accueil prolongé			TOTAL De la semaine
COCHEZ La sélection	SEMAINES	ENCERCLEZ L'OPTION				ENCERCLEZ LES OPTIONS			
		1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant	AM	PM	AM & PM		
	Sem.2	160 \$	160 \$	160 \$	190 \$	20 \$	20 \$	30 \$	
	Sem.3	160 \$	160 \$	160 \$	190 \$	20 \$	20 \$	30 \$	
	Sem.4	160 \$	160 \$	160 \$	190 \$	20 \$	20 \$	30 \$	
	Sem.6	160 \$	160 \$	160 \$	190 \$	20 \$	20 \$	30 \$	
CHANDAIL DU CAMP OBLIGATOIRE		Enfant Gr : petit	Enfant : Gr : medium	Enfant : Gr : grand	Adulte : Gr : petit	Adulte : Gr : moyen	Quantité : X 12 \$ ch.	Total :	
								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 :