

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 ^{ème} contact en cas d'urgence (si les parents ne peuvent être rejoints)	
Nom et prénom :	Relation :	Nom et prénom :	Relation :
Téléphone : ()		Téléphone : ()	

SANTÉ/MÉDICATION (section à compléter)

Votre enfant souffre-t-il d'une condition médicale dont nous devrions être avisés : (asthme, diabète, etc.) **Oui** **Non**

Précisez :

Votre enfant prend-il des médicaments quotidiennement? **Oui** **Non**

Précisez : (Nom du médicament, posologie et effet)

Votre enfant souffre-t-il d'allergies? **Oui** **Non** Quel type? _____ Dernière crise : aa / mm _____

Gravité :

A-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Épipen, Twinject, Ana-kit) fonctionnelle? **Oui** **Non** **n/a**

Si oui, autorisez-vous le personnel du camp de jour à administrer la dose d'adrénaline? **Oui** **Non** **n/a**

J'autorise le personnel du camp de jour à administrer et aider à la prise de médicaments de mon enfant. **Oui** **Non** **n/a**

Autres particularités à nous signaler sur le caractère ou le comportement de votre enfant? **Oui** **Non**

Précisez : _____

J'autorise le personnel du camp de jour à prodiguer à mon enfant tous les soins infirmiers nécessaires en cas de besoin, ainsi que le transport en ambulance. Si la direction ne peut me joindre ou joindre les personnes à contacter en cas d'urgence, j'autorise le médecin à prodiguer **TOUS** les soins médicaux requis. **Je certifie que toutes les informations fournies sur cette fiche sont exactes et que j'ai bien pris connaissance des autorisations ci-dessus.** **Initiales :** _____

CRÈME SOLAIRE (section à compléter)

Par la présente j'autorise le personnel du Camp de jour Sainte-Anne-de-Bellevue à appliquer de la crème solaire à mon enfant au besoin dans le but de le protéger des effets néfastes et dévastateurs du soleil. **Oui** **Non** **ATTENTIONS PARTICULIÈRES :** Votre enfant a-t-il des problèmes d'ordre dermatologique ou est-il allergique à des produits en particulier :

Oui **Non** **Précisez :** _____ **Initiales :** _____

À 16 h, lorsque les activités du camp de jour se terminent, est-ce que votre 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

Quel est le niveau de natation de votre enfant?

Niveau actuel (ex : débutant) _____

Ou Niveau complété : _____

Ou Évaluation requise :

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 : _____

Prénom et Nom du participant
Âge de l'enfant en date du 29 juin 2020 OU à la date de début de son option Camp / Cochez la case appropriée s.v.p. 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/>

CAMP RÉGULIER 5-12 ans Sortie incluse		Tarif RÉSIDENTS			Tarif NON RÉSIDENTS	Service d'accueil Prolongé				TOTAL De la semaine
		ENCERCLEZ L'OPTION				ENCERCLEZ LES OPTIONS				
COCHEZ La sélec- tion	SEMAINES	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant		AM	PM	AM & PM		
	Sem.1-4 jours	120 \$	115 \$	110 \$	144 \$	20 \$	20 \$	32 \$		
	Sem.2	150 \$	145 \$	140 \$	180 \$	25 \$	25 \$	40 \$		
	Sem.3	150 \$	145 \$	140 \$	180 \$	25 \$	25 \$	40 \$		
	Sem.4	150 \$	145 \$	140 \$	180 \$	25 \$	25 \$	40 \$		
	Sem.5	150 \$	145 \$	140 \$	180 \$	25 \$	25 \$	40 \$		
	Sem.6	150 \$	145 \$	140 \$	180 \$	25 \$	25 \$	40 \$		
	Sem.7	150 \$	145 \$	140 \$	180 \$	25 \$	25 \$	40 \$		
	Sem.8	150 \$	145 \$	140 \$	180 \$	25 \$	25 \$	40 \$		

CAMP NATATION 5-12 ans Sorties incluses Forfait 2 semaines		Tarif RÉSIDENTS			Tarif NON RÉSIDENTS	Service d'accueil prolongé				TOTAL De la semaine
		ENCERCLEZ L'OPTION				ENCERCLEZ LES OPTIONS				
COCHEZ La sélection	SEMAINES	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant		AM	PM	AM & PM		
	Sem.2 & Sem.3	340 \$	330 \$	320 \$	400 \$	25 \$	25 \$	40 \$		
	Sem.4 & Sem.5	340 \$	330 \$	320 \$	400 \$	25 \$	25 \$	40 \$		
	Sem.6 & Sem.7	340 \$	330 \$	320 \$	400 \$	25 \$	25 \$	40 \$		

CAMP DÉCOUVERTE 10-13 ans Sortie incluse Forfait 1 semaine		Tarif RÉSIDENTS			Tarif NON RÉSIDENTS	Service d'accueil prolongé				TOTAL De la semaine
		ENCERCLEZ L'OPTION				ENCERCLEZ LES OPTIONS				
COCHEZ La sélection	SEMAINES	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant		AM	PM	AM & PM		
	Sem.3	205 \$	205 \$	205 \$	235 \$	25 \$	25 \$	40 \$		
	Sem.5	205 \$	205 \$	205 \$	235 \$	25 \$	25 \$	40 \$		
	Sem.6	205 \$	205 \$	205 \$	235 \$	25 \$	25 \$	40 \$		

CHANDAIL DU CAMP OBLIGATOIRE	Enfant :	Enfant :	Enfant :	Adulte :	Adulte :	Quantité :	Total :
	Gr : petit	Gr : medium	Gr : grand	Gr : petit	Gr : moyen	X 12 \$ ch.	
						Grand total :	

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Mode de paiement : chèque carte Débit carte Visa carte MasterCard

1^{er} Chèque à l'inscription (300 \$ et moins): Date _____ Montant : _____

1^{er} Chèque postdaté (300 \$ à 599 \$): Date du 30 avril 2020. Montant : _____

2^e Chèque postdaté (600 \$ à 899 \$): Date du 21 mai 2020. Montant : _____

3^e Chèque postdaté (900 \$ +): Date du 18 juin 2020. Montant : _____

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

2^e enfant : nom _____ Montant : _____

3^e enfant : nom _____ Montant : _____

**Grand total de la
Famille :**

NOTE POUR L'ADMINISTRATION:
