

| 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/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. |
| <input type="checkbox"/> 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 |

| 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:
