FORMULAIRE D'INSCRIPTION

CAMP DE JOUR 2017

PHOTO

PHOTO

UTILISER UN FORMULAIRE D'INSCRIPTION PAR ENFANT

Écrire en caractère d'imprimerie et joindre votre paiement ainsi que les deux photos de l'enfant.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

NOM: _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____ VILLE : _____

CODE POSTAL : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

ASSURANCE MALADIE_____ EXP. :_____

TÉLÉPHONE RÉSIDENCE : _____ TÉL. URGENCE : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LA MÈRE *obligatoire*

NOM: _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____ VILLE : _____

CODE POSTAL : _____ # TÉLÉPHONE MAISON : _____

TÉLÉPHONE TRAVAIL : _____ # CELLULAIRE : _____

ASS. SOCIALE : _____ NOM DU CONJOINT : _____

COURRIEL : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE PÈRE *obligatoire*

NOM: _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____ VILLE : _____

CODE POSTAL : _____ # TÉLÉPHONE MAISON : _____

TÉLÉPHONE TRAVAIL : _____ # CELLULAIRE : _____

ASS. SOCIALE : _____ NOM DU CONJOINT : _____

COURRIEL : _____

EN CAS D'URGENCE

(Personne à contacter si les parents ne peuvent être rejoints)

NOM : _____ **LIEN AVEC L'ENFANT :** _____

 # TÉLÉPHONE 1: _____ **# TÉLÉPHONE 2:** _____

LE REÇU POUR FINS D'IMPÔTS SERA ÉMIS À

NOM : _____ N A S :_____

SIGNATURE : _____ DATE : _____

Nom de l'enfant: _____ **ÂGE :** _____

AUTORISATION POUR PHOTOS :

J'autorise par la présente la Ville de L'Épiphanie à utiliser les photographies de mon enfant prises durant le camp de jour afin d'illustrer ses bulletins périodiques, son site web, ses brochures de programmation des loisirs ou tout autre support de communication jugé pertinent par le Service des loisirs et de la culture de la Ville de L'Épiphanie.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

MALADIE ? HANDICAP? ALLERGIE ? TROUBLES DE COMPORTEMENT ?

SVP SPÉCIFIEZ : _____

_____

_____

MÉDICAMENTS : **SVP SPÉCIFIEZ LEQUEL OU LESQUELS?**

Durant l'année scolaire : _____

Durant l'été : _____

AUTORISATION MÉDICALE :

En signant le présent formulaire d'inscription, j'autorise la Ville de L'Épiphanie à distribuer ou administrer à mon enfant des médicaments prescrits selon une posologie précise. J'autorise également la Ville de L'Épiphanie à lui prodiguer tous soins infirmiers requis par son état et même à le transporter par ambulance ou autrement dans un établissement de santé si elle le juge nécessaire. De plus, s'il est impossible de nous rejoindre, en cas d'urgence grave, j'autorise le médecin traitant à effectuer tout traitement y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation.

ACTIVITÉS AQUATIQUES

L'enfant nage-t-il? **NON** ____ **OUI** ____ **NIVEAU :** _____

Autres remarques / baignade : _____

À LA FIN DE LA JOURNÉE, MON ENFANT QUITTE AVEC (Peut y avoir plus d'une personne):

LE PÈRE : _____ **LA MÈRE :** _____ **QUITTE SEUL :** _____ **Autre :** _____

AUTRES PERSONNES AUTORISÉES :

NOM 1 : _____ **LIEN AVEC L'ENFANT :** _____

NOM 2 : _____ **LIEN AVEC L'ENFANT :** _____

J'ATTESTE : **AVOIR REÇU LE CHANDAIL DU CAMP DE JOUR DE MON ENFANT** ☐

AVOIR REÇU COPIE DES RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX DU CAMP ☐

AVOIR LU ET COMPRIS L'AUTORISATION MÉDICALE ☐

AVOIR LU ET COMPRIS L'AUTORISATION POUR PHOTOS ☐

SIGNATURE : _____ DATE : _____

Nom de l'enfant : _____ **ÂGE :** _____

DATE		CAMPS JOUR	SERVICE GARDE
26 AU 30 JUIN **ROYAUME DE NULLE PART**	**SEMAINE 1**	☐	☐
3 AU 7 JUILLET **ACTION DIRECTE**	**SEMAINE 2**	☐	☐
10 AU 14 JUILLET **IMAX CENTRE DES SCIENCES**	**SEMAINE 3**	☐	☐
17 AU 21 JUILLET **HAVRE FAMILIAL**	**SEMAINE 4**	☐	☐
24 AU 28 JUILLET **SUPER AQUA CLUB**	**SEMAINE 5**	☐	☐
31 AU 4 AOÛT **ZOO DE GRANBY**	**SEMAINE 6**	☐	☐
7 AU 11 AOÛT **GPS AVENTURE**	**SEMAINE 7**	☐	☐
14 AU 18 AOÛT **FUNTROPOLIS**	**SEMAINE 8**	☐	☐
21 AU 25 AOÛT ***FETE SURPRISE***	**SEMAINE 9**	☐	☐
	TOTAL	_____	_____

FACTURATION

CAMPS DE JOUR

SI 1er ENFANT = 64$
SI 2e ENFANT = 58$
SI 3e ENFANT = 55$

[$] **X** [ ] # SEMAINE (S) **=** [$]

SERVICE D'ACCUEIL PROLONGÉ **35,00 $** **X** [ ] # SEMAINE (S) **=** [$]

FRAIS D'INSCRIPTION PAR ENFANT [**10,00 $**]

CHANDAIL OBLIGATOIRE FACTURÉ APRÈS LE 12 MAI: **10,00 $** [$]

MONTANT À PAYER [$]

SIGNATURE : _____ DATE : _____