

# Camp de jour 2019

Famille  Payeur  Parent  Enfant

## FICHE D'INSCRIPTION

Nom complet du parent/tuteur: \_\_\_\_\_

Téléphone(s) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Reçu d'impôt au nom de : \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance sociale : \_\_\_\_\_  
 (Envoyé par courriel en février 2020) (Obligatoire pour le bénéficiaire du reçu d'impôt, directive du Ministère du Revenu)

Courriel (obligatoire) : \_\_\_\_\_

Important : Indiquer avec précision (en lettres moulées) UNE SEULE adresse courriel qui sera utilisée pour l'envoi de votre confirmation d'inscription et des documents d'information.

## FICHE DE L'ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

## AUTOBUS :

Veillez nous préciser l'autobus que votre enfant prendra durant le camp (consultez le trajet sur notre site internet).

**Important :** La sélection devra être respectée pour la durée complète du camp.  
 Pas de changement d'autobus afin d'éviter les erreurs. Merci de votre collaboration.

Quelle municipalité ?

Quel arrêt d'autobus ?



### T-SHIRT DU CAMP

Sélection (✓)

ENFANT	S	<input type="checkbox"/>
	M	<input type="checkbox"/>
	L	<input type="checkbox"/>
ADULTE	S	<input type="checkbox"/>
	M	<input type="checkbox"/>
	L	<input type="checkbox"/>
	XL	<input type="checkbox"/>

**Chandail**

**15\$**

**Casquette**

**10\$**

## FICHE DE SANTÉ

Numéro d'assurance maladie de l'enfant : \_\_\_\_\_ Exp.: \_\_\_\_\_

Personnes à rejoindre en cas d'urgence :

1. Nom: \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Téléphone(s) : \_\_\_\_\_

2. Nom: \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Téléphone(s) : \_\_\_\_\_

Oui  Non  
 Votre enfant a-t-il des **allergies** ?

Oui  Non  
 Votre enfant possède-t-il un **sys. d'injection** ?  
 (ex. : Épipen/autre)

Oui  Non  
 Votre enfant fait-il de l'**asthme** ?

Oui  Non  
 Votre enfant a-t-il besoin de **médication** ?  
 (ex. : Inhalateur ou comprimés)

Oui  Non  
 Autres indications spéciales à nous préciser ?  
 (ex. : TDAH, restrictions physiques, etc.)

## Semaines de camp

Inscrivez le montant dans la ou les case(s) désirée(s)\*

## Services de garde supplémentaires

↓ +25\$ / sem. (par enfant)

Semaine	Dates	Montant	Montant
Semaine #1	Du 25 juin au 28 juin	\$	\$
Semaine #2	Du 02 juillet au 05 juillet	\$	\$
Semaine #3	Du 08 juillet au 12 juillet (Super fête)	\$	\$
Semaine #4	Du 15 juillet au 19 juillet	\$	\$
Semaine #5	Du 22 juillet au 26 juillet	\$	\$
Semaine #6	Du 29 juillet au 2 août	\$	\$
Semaine #7	Du 05 août au 09 août	\$	\$
Semaine #8	Du 12 août au 16 août	\$	\$
<b>Sous total</b>			
Casquette / T-Shirt (Facultatif)			
Don (Facultatif)			

**Veillez sélectionner le service de garde dont votre enfant aura besoin.**

(Si besoin seulement) **Cochez (✓)**

1 - PAPINEAUVILLE

2 - Buckingham

J'AUTORISE l'utilisation des **photos** et **vidéos** de mon enfant réalisées durant les activités du camp à des fins de promotions sur notre page Facebook, notre site internet ou publicités dans les journaux.



Oui  Non

**\* Consultez tous nos tarifs ou autres informations sur notre site internet**

**GRAND TOTAL** \$