

Catégorie d'âge: ( ) 6-9ans ( ) 9-12 ans

Veillez remplir en lettres moulées s.v.p.

### **FORMULAIRE D'INSCRIPTION**

Photo  
de l'enfant

#### **Renseignements sur l'enfant**

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

Prénom: \_\_\_\_\_ Sexe: M ( ) F ( )

No d'assurance maladie: \_\_\_\_\_ Date d'expiration: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_ au 30 septembre 2019

Nom des frères ou sœurs qui fréquentent le Camp: \_\_\_\_\_

#### **Coordonnées**

Adresse: \_\_\_\_\_ App.: \_\_\_\_\_

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

Nom de la mère: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

Tél.: maison ( ) \_\_\_\_\_ travail ( ) \_\_\_\_\_ Cellulaire ( ) \_\_\_\_\_

Nom du père: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Tél.: maison ( ) \_\_\_\_\_ travail ( ) \_\_\_\_\_ Cellulaire ( ) \_\_\_\_\_

Autre personne à rejoindre en cas d'urgence

Nom: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Tél.: maison ( ) \_\_\_\_\_ travail ( ) \_\_\_\_\_ Cellulaire ( ) \_\_\_\_\_

Lien de parenté: \_\_\_\_\_

#### **FICHE MÉDICALE**

Porte-t-il (elle) des lunettes? oui ( ) non ( ) Verres de contacts? oui ( ) non ( )

Souffre-t-il (elle) d'une maladie chronique ou récurrente? (précisez) \_\_\_\_\_

Souffre-t-il (elle) d'allergies graves? (précisez) \_\_\_\_\_

Prend-il (elle) des médicaments (allergies et autres)? (précisez) \_\_\_\_\_

Veillez indiquer toutes particularités qui pourraient nous aider à mieux répondre aux besoins de votre enfant (Hyperactivité, personnalité, situation familiale, etc.). Ces informations seront traitées de façon confidentielle.

Sait-il (elle) nager? Oui ( ) Non ( ) Un peu ( )

Votre enfant est-il couvert par une assurance-accident? Oui ( ) Non ( )

**Indiquez l'endroit où l'enfant devra se rendre après chaque Service de garde ( ) Maison ( ) Parentse journée d'activités**

Service de garde ( ) Maison ( ) Parents ( ) Autres spécifiez: \_\_\_\_\_

Si service de garde ( ) Avec qui l'enfant doit-il quitter? \_\_\_\_\_

( ) ***J'accepte que le camp de jour prenne des photos de mon enfant pour l'usage du camp seulement.***

( ) ***Je n'accepte pas que le camp de jour prenne des photos de mon enfant.***

Veillez remplir en lettres moulées s.v.p.

| <b>INSCRIPTION</b>                |                          |   |     |               |   |   |   |                 |           |              |   |    |       |
|-----------------------------------|--------------------------|---|-----|---------------|---|---|---|-----------------|-----------|--------------|---|----|-------|
| Sem                               | Date                     | √ | SDG |               |   |   |   | CHANDAIL        |           |              |   |    | TOTAL |
|                                   |                          |   | L   | M             | M | J | V | XS              | S         | M            | L | XL |       |
| 1                                 | 29 JUIN AU 3 JUILLET     |   |     |               |   |   |   |                 |           |              |   |    |       |
| 2                                 | 6 JUILLET AU 10 JUILLET  |   |     |               |   |   |   |                 |           |              |   |    |       |
| 3                                 | 13 JUILLET AU 17 JUILLET |   |     |               |   |   |   |                 |           |              |   |    |       |
| 4                                 | 20 JUILLET AU 24 JUILLET |   |     |               |   |   |   |                 |           |              |   |    |       |
|                                   | <b>TOTAL</b>             |   |     |               |   |   |   |                 |           |              |   |    |       |
| <b>RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION</b> |                          |   |     |               |   |   |   |                 |           |              |   |    |       |
| <b>MODE DE PAIEMENT</b>           |                          |   |     |               |   |   |   |                 |           |              |   |    |       |
|                                   | <b>Comptant</b>          | √ |     | <b>Chèque</b> |   |   | √ | <b>Grandeur</b> | <b>NB</b> | <b>Total</b> |   |    |       |
| Paiement 1                        |                          |   |     |               |   |   |   |                 |           |              |   |    |       |
| Paiement 2                        |                          |   |     |               |   |   |   |                 |           |              |   |    |       |
| <b>SOMME TOTALE DES PAIEMENTS</b> |                          |   |     |               |   |   |   |                 |           |              |   |    |       |
| <b>BALANCE DUE</b>                |                          |   |     |               |   |   |   |                 |           |              |   |    |       |

J'ai pris connaissance des règlements relatifs au Camp de Jour PDP et j'autorise mon enfant à participer aux activités du camp de jour. **J'accepte qu'il n'y ait pas de remboursement, sauf s'il y a annulation par le personnel du camp de jour PDP**

Nom: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_