

Catégorie d'âge: Stars ( ) 7-9ans All Stars ( ) 10-12 ans

**Veillez remplir en lettres moulées s.v.p.**

Photo  
de l'enfant

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION ÉTÉ 2021**

**Renseignements sur l'enfant**

Nom: \_\_\_\_\_  
Prénom: \_\_\_\_\_ Sexe: M ( ) F ( )  
No d'assurance maladie: \_\_\_\_\_ Date d'expiration: \_\_\_\_\_  
Date de naissance: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_  
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	28 JUIN AU 2 JUILLET													
2	5 JUILLET AU 9 JUILLET													
3	12 JUILLET AU 16 JUILLET													
4	19 JUILLET AU 23 JUILLET													
5	26 JUILLET AU 30 JUILLET													
6	2 AOÛT AU 6 AOÛT (À VOIR)													
<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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_