



Formulaire d'inscription Camp de jour

Année : 2018



1. L'ENFANT

Prénom		Sexe :	Âge :
Nom de famille		Date de naissance	/ / (JJ / MM / AAAA)
Adresse			
Ville		Code postal	
Courriel (si désiré)		Degré de scolarité complété	
No .Assurance-Maladie		Date d'expiration	
Première expérience de camp? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Langue(s) parlée(s) à la maison		Autres langue(s) parlée(s)	

2. PARENT(S) / TUTEUR(S)

Prénom		Prénom	
Nom de famille		Nom de famille	
Lien avec l'enfant		Lien avec l'enfant	
Adresse		Adresse	
Téléphone	Maison	Téléphone	Maison
	Bur.		Bur.
	Cell.		Cell.
Courriel		Courriel	

3. CONTACTS D'URGENCE (AUTRE QUE PARENTS)

Contact # 1		Contact # 2	
Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Lien avec l'enfant		Lien avec l'enfant	
Téléphone	Maison	Téléphone	Maison
	Bur.		Bur.
	Cell.		Cell.

4. PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT (AUTRE QUE PARENTS OU CONTACTS D'URGENCE)

Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Lien avec l'enfant		Lien avec l'enfant	

5. CHOIX DU SÉJOUR ET PAIEMENT

Dates	Frais d'inscription	Rabais 10% <small>Applicable à partir du 2e enfant et sur le montant le moins élevé.</small>	Frais de garde	Coût total, taxes incluses
Camp de 7 semaines résidents	<input type="checkbox"/> 280 \$	<input type="checkbox"/> 252 \$	<input type="checkbox"/> 70\$	
½ camp de 4 semaines résidents	<input type="checkbox"/> 160 \$	<input type="checkbox"/> 144 \$	<input type="checkbox"/> 40\$	
Camp de 7 semaines non-résidents	<input type="checkbox"/> 420 \$	<input type="checkbox"/> 378 \$	<input type="checkbox"/> 70 \$	
½ camp de 4 semaines non-résidents	<input type="checkbox"/> 240 \$	<input type="checkbox"/> 216 \$	<input type="checkbox"/> 40 \$	

FRAIS D'INSCRIPTION

Votre enfant sera inscrit officiellement sur réception du présent formulaire rempli, accompagné du montant de l'inscription. Votre paiement final doit être reçu au plus tard 10 jours ouvrables avant le début du camp.

Lors de la soirée d'inscription, nous acceptons les chèques et l'argent comptant seulement. Pour un paiement Intérac, il faut venir directement faire l'inscription à l'hôtel de ville.

PAIEMENT

Vous pouvez payer les frais d'inscription en plusieurs versements. Le dernier paiement devra être fait 10 ouvrables avant le début du camp.

J'ai pris connaissance des modalités de paiement et des généralités mentionnées dans ce document.

Nom du parent ou tuteur (lettres moulées) : _____

Signature : _____ Date : ____/____/____

Argent comptant Chèque Paiement Intérac

Personne à qui sera émis un Relevé 24 pour impôts OBLIGATOIRE			
Prénom et Nom:		No. Assurance sociale	_____-_____-_____

6. AUTORISATIONS

<input type="checkbox"/>	J'autorise le Camp de jour de Lac-des-Écorces à prendre des photos et des vidéos de mon enfant pendant son séjour et à les utiliser à des fins promotionnelles.						
<input type="checkbox"/>	<p>Médicaments en vente libre (si applicable) J'autorise le personnel du Camp de jour de Lac-des-Écorces à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre.</p> <p>Cocher les médicaments :</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Acétaminophène (<i>Tylenol, Temptra</i>)</td> <td><input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire Ibuprofène (<i>Advil</i>)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Antihistaminique (<i>Benadryl, Reactine</i>)</td> <td><input type="checkbox"/> Antibiotique en crème (<i>Polysporin</i>)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Acétaminophène (<i>Tylenol, Temptra</i>)	<input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire Ibuprofène (<i>Advil</i>)	<input type="checkbox"/> Antihistaminique (<i>Benadryl, Reactine</i>)	<input type="checkbox"/> Antibiotique en crème (<i>Polysporin</i>)	<input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____	
<input type="checkbox"/> Acétaminophène (<i>Tylenol, Temptra</i>)	<input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire Ibuprofène (<i>Advil</i>)						
<input type="checkbox"/> Antihistaminique (<i>Benadryl, Reactine</i>)	<input type="checkbox"/> Antibiotique en crème (<i>Polysporin</i>)						
<input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____							
<input type="checkbox"/>	J'autorise la direction du Camp de jour de Lac-des-Écorces à faire en sorte que soient prodigués à mon enfant tous les soins nécessaires. Je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement (à mes frais) et à le faire admettre dans un établissement de santé. De plus, en cas d'urgence ou s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du camp à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, transfusion, injections, anesthésie, hospitalisation, etc.						
<input type="checkbox"/>	Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du camp, je m'engage à transmettre cette information à la direction du camp, qui fera le suivi approprié avec le camp.						
Signature du parent ou tuteur: _____							
Date : _____							