



# FORMULAIRE D'INSCRIPTION

## RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

**GARDE DE L'ENFANT** Père et mère  Mère  Père  Partagée  Tuteur

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

prénom : \_\_\_\_\_

Sexe M  F

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_

Allergie, intolérance ou autres : Oui  Non

Spécifiez : \_\_\_\_\_

No Ass.-maladie : \_\_\_\_\_

Expiration : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Autorisation à quitter seul Oui  Non

## PARENTS OU TUTEUR

Nom du parent : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

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

Courriel : \_\_\_\_\_

Téléphone : ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Même adresse

Nom du parent : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

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

Courriel : \_\_\_\_\_

Téléphone : ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

## REÇU D'IMPÔT POUR FRAIS DE GARDE (RELEVÉ 24)

Au nom de : \_\_\_\_\_

NAS : \_\_\_\_\_

Refus de fournir le NAS

## AUTORISATION PHOTOGRAPHIQUE

J'autorise la municipalité de Saint-Patrice-de-Sherrington à prendre et à diffuser des photos prises par elle ou ses partenaires lors des activités du camp de jour et sur lesquelles apparaissent mon/mes enfants.

Oui  Non  Initiales : \_\_\_\_\_

## EN CAS D'URGENCE

Nom : \_\_\_\_\_ Lien avec la famille : \_\_\_\_\_

Tél. : ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Parent  Ami  Autre

Nom : \_\_\_\_\_ Lien avec la famille : \_\_\_\_\_

Tél. : ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Parent  Ami  Autre

## AUTORISATION MÉDICALE POUR TOUS LES CAS D'URGENCE MÉDICALE

Les responsables me feront part de toute décision quant aux soins médicaux prodigués à mon enfant dans les plus brefs délais afin d'obtenir mon consentement. S'il lui est impossible de me joindre, je l'autorise à intervenir en mon nom. De plus, en cas d'urgence grave, j'autorise le médecin traitant à effectuer tout traitement, incluant une anesthésie, une opération, une hospitalisation ou autre, dans le but de soigner ou de sauver la vie de mon enfant.

Oui  Non  Initiales : \_\_\_\_\_

## CHOIX DE SEMAINE CAMP DE JOUR ET SERVICE DE GARDE (À COCHER)

DATES & FORFAITS	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION
SEMAINE 2 mars au 6 mars 2020	80 \$/SEMAINE COMPLÈTE					\$
À LA JOURNÉE 20 \$/JOUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
SERVICE DE GARDE 5 \$/JOUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
TOTAL À PAYER (RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION)						\$

## RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

### PAIEMENT COMPLET

COMPTANT  CHÈQUE  INSTITUTION

À l'inscription \$ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /2020

## CONSENTEMENT DES PARENTS

- J'ai pris connaissance du guide des parents ainsi que du guide des modalités relatives au camp de jour et au service de garde et j'autorise mon enfant à participer aux activités \_\_\_\_\_ (Initiale)
- J'accepte qu'il n'y ait pas de remboursement des frais, excepté dans les cas mentionnés au guide des modalités \_\_\_\_\_ (Initiale)
- Je déclare que les renseignements que j'ai fournis sont exacts \_\_\_\_\_ (Initiale)
- Je m'engage à respecter les horaires du camp (8 h à 16 h) et du service de garde (7 h à 8 h et 16 h à 18 h) \_\_\_\_\_ (Initiale)

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020