



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L' (LES) ENFANT (S)

1 Nom : _____	2 Nom : _____	3 Nom : _____
prénom : _____	prénom : _____	prénom : _____
Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Date de naissance : _____/_____/_____	Date de naissance : _____/_____/_____	Date de naissance : _____/_____/_____
Âge au 30-09-2019 : _____	Âge au 30-09-2019 : _____	Âge au 30-09-2019 : _____
Allergie, intolérance ou autres : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Allergie, intolérance ou autres : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Allergie, intolérance ou autres : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Spécifiez _____	Spécifiez _____	Spécifiez _____
_____	_____	_____
No Ass.-maladie : _____	No Ass.-maladie : _____	No Ass.-maladie : _____
Expiration : _____/_____/_____	Expiration : _____/_____/_____	Expiration : _____/_____/_____
Autorisation à quitter seul Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Autorisation à quitter seul Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Autorisation à quitter seul Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

PARENTS OU TUTEURS

GARDE DE L'ENFANT Père et mère <input type="checkbox"/>	Mère <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/>	Partagée <input type="checkbox"/>	Tuteur <input type="checkbox"/>
Nom du parent : _____	Nom du parent : _____	Nom du parent : _____	Nom du parent : _____	Nom du parent : _____
Adresse : _____	Adresse : _____	Adresse : _____	Adresse : _____	Adresse : _____
		Même adresse <input type="checkbox"/>		
Courriel : _____	Courriel : _____	Courriel : _____	Courriel : _____	Courriel : _____
Téléphone (_____) _____ - _____	Téléphone (_____) _____ - _____	Téléphone (_____) _____ - _____	Téléphone (_____) _____ - _____	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 : _____ Téléphone : (_____) _____ - _____ Lien avec la famille : Parent Ami Autre

Nom : _____ Téléphone : (_____) _____ - _____ Lien avec la famille : 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		1 - ENFANT	2 - ENFANT	3 - ENFANT	RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION
INSCRIPTION AVANT LE 9 MAI	FORFAIT 9 SEMAINES 540 \$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
	FORFAIT 4 SEMAINES 280 \$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
	À LA SEMAINE (NOMBRE) _____ X 70 \$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
INSCRIPTION APRÈS LE 9 MAI	FORFAIT 9 SEMAINES 585 \$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
	FORFAIT 4 SEMAINES 300 \$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
	À LA SEMAINE (NOMBRE) _____ X 75 \$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
SERVICE DE GARDE (INSCRIRE LE NOMBRE DE SEMAINE) 20 \$					\$
SEMAINE 1 JOUR FÉRIÉ 24 JUIN	25 juin au 28 juin 2019	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
SEMAINE 2 JOUR FÉRIÉ 1er JUILLET	2 juillet au 5 juillet 2019	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
SEMAINE 3	8 juillet au 12 juillet 2019	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
SEMAINE 4	15 juillet au 19 juillet 2019	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
SEMAINE 5	22 juillet au 26 juillet 2019	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
SEMAINE 6	29 juillet au 2 août 2019	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
SEMAINE 7	5 août au 9 août 2019	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
SEMAINE 8	12 août au 16 août 2019	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
SEMAINE 9	19 août au 23 août 2019	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
RABAIS 2 ^E , 3 ^E ... ENFANT (RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION)		_____ X 5 \$			(- \$)
TOTAL À PAYER (RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION)					\$

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

PAIEMENT COMPLET

COMPTANT CHÈQUE INSTITUTION

À l'inscription _____ \$

_____ / _____ / 2019

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

PAIEMENTS DIFFÉRÉS

*Remise des chèques postdatés au plus tard le 2 mai 2019

09-05-2019 _____ \$ No. Chq _____

13-06-2019 _____ \$ No. Chq _____

18-07-2019 _____ \$ No. Chq _____

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 _____ / _____ / _____