



MUNICIPALITÉ DE SAINT-PATRICE-DE-SHERRINGTON
 300, rue Saint-Patrice tél. : 450-454-4959
 Sherrington, Québec, J0L 2N0 Fax : 450-454-5677
 Courriel : info@sherr.ca



FORMULAIRE D'INSCRIPTION À LA JOURNÉE

INSCRIPTION 1 SEMAINE À L'AVANCE OBLIGATOIREMENT

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

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

Nom : _____

Prénom : _____

Sexe M F

Date de naissance : ____/____/____

Âge au 30-09-2020 : _____

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 : (____) ____ - ____

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

Au nom de : _____

NAS : _____

Refus de fournir le NAS

Même adresse

Nom du parent : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Courriel : _____

Téléphone : (____) ____ - ____

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 20 \$ / JOUR		LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION
SEMAINE 1 JOUR FÉRIÉ 24 JUIN	22 juin au 26 juin 2020	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
SEMAINE 2 JOUR FÉRIÉ 3 JUILLET	29 juin au 3 juillet 2020	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	\$
SEMAINE 3	6 juillet au 10 juillet 2020	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
SEMAINE 4	13 juillet au 17 juillet 2020	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
SEMAINE 5	20 juillet au 24 juillet 2020	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
SEMAINE 6	27 juillet au 31 juillet 2020	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
SEMAINE 7	3 août au 7 août 2020	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
SEMAINE 8	10 août au 14 août 2020	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
SEMAINE 9	17 août au 21 août 2020	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
SERVICE DE GARDE (INSCRIRE LE NOMBRE DE JOUR) 5 \$/JOUR							\$
TOTAL À PAYER (RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION)							\$

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

PAIEMENT COMPLET

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