



# FORMULAIRE D'INSCRIPTION

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

<b>1</b> Nom : _____	<b>2</b> Nom : _____	<b>3</b> 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 30-09-2020 : _____	Âge au 30-09-2020 : _____	Âge au 30-09-2020 : _____
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

<b>GARDE DE L'ENFANT</b> 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 : _____
_____	_____	_____	_____	_____
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
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	22 juin au 26 juin 2020	<input 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"/>	\$
SEMAINE 3	6 juillet au 10 juillet 2020	<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"/>	\$
SEMAINE 5	20 juillet au 24 juillet 2020	<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"/>	\$
SEMAINE 7	3 août au 7 août 2020	<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"/>	\$
SEMAINE 9	17 août au 21 août 2020	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
RABAIS 2 <sup>E</sup> , 3 <sup>E</sup> ... ENFANT	(RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION)	_____ X 5 \$			(- \$)
TOTAL À PAYER	(RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION)				\$

### RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

#### PAIEMENT COMPLET

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

### RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

#### PAIEMENTS DIFFÉRÉS

\*Remise des chèques postdatés au plus tard le 9 juin 2020

09-06-2020 \_\_\_\_\_ \$ No. Chq \_\_\_\_\_  
 30-06-2020 \_\_\_\_\_ \$ No. Chq \_\_\_\_\_  
 14-07-2020 \_\_\_\_\_ \$ 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 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_