



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 30-09-2024 : _____	Âge au 30-09-2024 : _____	Âge au 30-09-2024 : _____
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 : _____

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 : _____

EN CAS D'URGENCE

Nom : _____ Téléphone : (_____) _____ - _____ Lien avec la famille : Parent Ami Autre

Nom : _____ Téléphone : (_____) _____ - _____ Lien avec la famille : Parent Ami Autre



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 8 SEMAINES	770 \$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
À LA SEMAINE (NOMBRE)	110 \$ X _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
SERVICE DE GARDE (INSCRIRE LE NOMBRE DE SEMAINES PAR ENFANT)	35 \$/PAR SEMAINE	_____	_____	_____	\$
SEMAINE 1 JOUR FÉRIÉ 24 JUIN	25 juin au 28 juin 2024	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
SEMAINE 2 JOUR FÉRIÉ 1 ^{er} JUILLET	2 juillet au 5 juillet 2024	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
SEMAINE 3	8 juillet au 12 juillet 2024	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
SEMAINE 4	15 juillet au 19 juillet 2024	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
SEMAINE 5	22 juillet au 26 juillet 2024	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
SEMAINE 6	29 juillet au 2 août 2024	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
SEMAINE 7	5 août au 9 août 2024	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
SEMAINE 8	12 août au 16 août 2024	<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

CHÈQUE INSTITUTION

À l'inscription _____ \$

_____ - _____ - 2024

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

PAIEMENTS DIFFÉRÉS

*Remise des chèques postdatés au plus tard le 23 mai 2024

23-05-2024 _____ \$ No. Chq _____

06-06-2024 _____ \$ No. Chq _____

20-06-2024 _____ \$ 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 (9 h à 16 h) et du service de garde 7 h à 9 h et 16 h à 17 h 30 (excepté les vendredis 7 h à 9 h et 16 h à 17 h)

_____ (Initiale)

Signature _____ Date _____ - _____ - _____