MUNICIPALITÉ DE SAINT-PATRICE-DE-SHERRINGTON
236, rue Saint-Patrice
Sherrington, Québec, J0L 2N0
Courriel : reception@sherr.ca
tél. : 450-454-4959
Fax : 450-454-5677
www.st-patrice-sherrington.com

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

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

1 Nom : _____
Prénom : _____
Sexe M ☐ F ☐
Date de naissance : _____
Âge au 30-09-2026 : _____
Allergie, intolérance ou autres : Oui ☐ Non ☐
Spécifiez _____
No Ass.-maladie : _____
Expiration : _____ - _____
Autorisation à quitter seul Oui ☐ Non ☐

2 Nom : _____
Prénom : _____
Sexe M ☐ F ☐
Date de naissance : _____
Âge au 30-09-2026 : _____
Allergie, intolérance ou autres : Oui ☐ Non ☐
Spécifiez _____
No Ass.-maladie : _____
Expiration : _____ - _____
Autorisation à quitter seul Oui ☐ Non ☐

3 Nom : _____
Prénom : _____
Sexe M ☐ F ☐
Date de naissance : _____
Âge au 30-09-2026 : _____
Allergie, intolérance ou autres : Oui ☐ Non ☐
Spécifiez _____
No Ass.-maladie : _____
Expiration : _____ - _____
Autorisation à quitter seul Oui ☐ Non ☐

PARENTS OU TUTEURS

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

Nom du parent : _____
Adresse : _____
_____
Courriel : _____
Téléphone (_____) _____ - _____
(_____) _____ - _____

Nom du parent : _____
Adresse : _____
Même 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 : _____

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 ☐

MUNICIPALITÉ DE SAINT-PATRICE-DE-SHERRINGTON
236, rue Saint-Patrice
Sherrington, Québec, J0L 2N0
Courriel : reception@sherr.ca
tél. : 450-454-4959
Fax : 450-454-5677
www.st-patrice-sherrington.com

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 $	☐	☐	☐	$
À LA SEMAINE (NOMBRE)		110 $ X	☐	☐	☐	$
SERVICE DE GARDE (INSCRIRE LE NOMBRE DE SEMAINES PAR ENFANT)		35 $/PAR SEMAINE				$
SEMAINE 1	29 juin au 3 juillet 2026		☐	☐	☐	$
SEMAINE 2	6 juillet au 10 juillet 2026		☐	☐	☐	$
SEMAINE 3	13 juillet au 17 juillet 2026		☐	☐	☐	$
SEMAINE 4	20 juillet au 24 juillet 2026		☐	☐	☐	$
SEMAINE 5	27 juillet au 31 juillet 2026		☐	☐	☐	$
SEMAINE 6	3 août au 7 août 2026		☐	☐	☐	$
SEMAINE 7	10 août au 14 août 2026		☐	☐	☐	$
SEMAINE 8	17 août au 21 août 2026		☐	☐	☐	$
RABAIS 2e, 3e… 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 _____$

_____ - _____ - 2026

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

PAIEMENTS DIFFÉRÉS

***Remise des chèques postdatés au plus tard le 14 mai 2026**

14-05-2026 _____$ **No. Chq**_____

28-05-2026 _____$ **No. Chq**_____

11-06-2026 _____$ **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 _____ _____ _____