



Formulaire d'inscription

Camp de jour - Relâche scolaire 2017

NOM DE LA MÈRE _____ Date de naissance _____
jour-mois-année

Téléphone travail () _____ - _____ Poste _____

Téléphone maison () _____ - _____

Cellulaire () _____ - _____

Adresse _____

Courriel _____

NOM DU PÈRE _____ Date de naissance _____
jour-mois-année

Téléphone travail () _____ - _____ Poste _____

Téléphone maison () _____ - _____

Cellulaire () _____ - _____

Adresse _____

Courriel _____

NOM DE L'ENFANT _____ Date de naissance _____
jour-mois-année

Sexe F M N° d'assurance maladie _____ - _____ - _____ Exp. ____ / ____

Adresse _____

INFORMATIONS PERSONNELLES :

Maladies _____

Allergies _____

Médicaments _____

Problèmes de comportement _____

Lunette Oui Non

SOMMES-NOUS AUTORISÉS À SOIGNER VOTRE ENFANT? Oui Non

PERSONNES À REJOINDRE EN CAS D'URGENCE :

Nom _____ Lien _____
Téléphone () _____ - _____ Poste _____
Cellulaire () _____ - _____

Nom _____ Lien _____
Téléphone () _____ - _____ Poste _____

Nom _____ Lien _____
Téléphone () _____ - _____ Poste _____

QUITTE À LA FIN DE LA JOURNÉE AVEC ♦ Parent Seul

Autre personne Nom _____ Lien _____
Nom _____ Lien _____

INFORMATIONS POUR CRÉDITS D'IMPÔTS ♦ **Le relevé 24 sera émis à :**

Mère 100 % ou 50 % N° d'assurance sociale _____-_____-_____
Père 100 % ou 50 % N° d'assurance sociale _____-_____-_____

AUTORISATION DE PHOTOGRAPHER VOTRE ENFANT

ET D'UTILISER LA PHOTO DE CELUI-CI : Autorisée Refusée

MON ENFANT SERA PRÉSENT AU CAMP DE JOUR LES JOURNÉES SUIVANTES :

Mardi 7 mars Mercredi 8 mars Jeudi 9 mars

Pour les résidents 45 \$ pour les 3 jours ou 20 \$ par jour

Pour les non-résidents 80 \$ pour les 3 jours ou 35 \$ par jour

Nous vous invitons à vérifier auprès de votre municipalité si vous pouvez bénéficier d'un remboursement pour l'excédent du tarif.

Votre nom _____

Votre signature _____

Date _____ 2017

MODALITÉS DE PAIEMENT : Lors de l'inscription, nous acceptons les paiements par chèque, carte de débit ou argent comptant. **Merci!**