



# Camp de jour 2018 Fiche d'inscription

## Identification de l'enfant

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

Reçu d'impôt

Nom du parent: \_\_\_\_\_ No Ass. sociale: \_\_\_\_\_

**Encercler** →

25 au 29 juin	2 au 6 juillet	9 au 13 juillet	16 au 20 juillet	6 au 10 août	13 au 17 août
Far West	Gourmande	E=mc2	Hivernale	Action!	Célébration

N'oubliez pas qu'il y a un tarif pour l'été au complet

	Temps plein	Temps plein	Temps plein	Temps plein	Temps plein	Temps plein	
1er enfant	82\$	82\$	82\$	82\$	82\$	82\$	Total/ 6 semaines \$
2ieme enfant	64.50\$	64.50\$	64.50\$	64.50\$	64.50\$	64.50\$	
3ieme enfant	47\$	47\$	47\$	47\$	47\$	47\$	
	Temps partiel	Temps partiel	Temps partiel	Temps partiel	Temps partiel	Temps partiel	
1er enfant	57\$	57\$	57\$	57\$	57\$	57\$	Total/ 6 semaines \$
2ieme enfant	45.75\$	45.75\$	45.75\$	45.75\$	45.75\$	45.75\$	
3ieme enfant	34.50\$	34.50\$	34.50\$	34.50\$	34.50\$	34.50\$	

**Encercler** →

	Service de garde T-plein	Service de garde T-plein	Service de garde T-plein	Service de garde T-plein	Service de garde T-plein	Service de garde T-plein	
1er enfant	25\$	25\$	25\$	25\$	25\$	25\$	Total/ 6 semaines \$
2ieme enfant	19\$	19\$	19\$	19\$	19\$	19\$	
3ieme enfant	12\$	12\$	12\$	12\$	12\$	12\$	
	T-partiel	T-partiel	T-partiel	T-partiel	T-partiel	T-partiel	
1er enfant	15\$	15\$	15\$	15\$	15\$	15\$	Total/ 6 semaines \$
2ieme enfant	11\$	11\$	11\$	11\$	11\$	11\$	
3ieme enfant	7\$	7\$	7\$	7\$	7\$	7\$	

Premier versement à l'inscription    Deuxième versement le 1er juillet

= \_\_\_\_\_ (50%)    = \_\_\_\_\_ (50%)

### GRAND TOTAL

Payé en totalité \_\_\_\_\_ Nbr de sem. \_\_\_\_\_  
 Payé ajout sem. No \_\_\_\_\_  
 Payé ajout sem. No \_\_\_\_\_  
 Payé ajout sem. No \_\_\_\_\_

Note:

Sans fiche médicale,  
les sorties ne seront  
pas possible!

## Camp de jour 2018 FICHE MÉDICALE



Prénom de l'enfant: \_\_\_\_\_

Nom de l'enfant: \_\_\_\_\_

Sexe: F  M  Âge: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_

No Assurance maladie: \_\_\_\_\_ exp.: \_\_\_\_\_

Nom et prénom du père: \_\_\_\_\_

No Téléphone maison/ père: \_\_\_\_\_ Travail: \_\_\_\_\_

Nom et prénom de la mère: \_\_\_\_\_

No Téléphone maison/ mère: \_\_\_\_\_ Travail: \_\_\_\_\_

Cellulaire père: \_\_\_\_\_ mère: \_\_\_\_\_

À la fin de la journée mon enfant partira avec:

père  mère  seul autre: \_\_\_\_\_

PHOTO

### En cas d'urgence

Nom, Prénom: \_\_\_\_\_ No tél: \_\_\_\_\_ Lien: \_\_\_\_\_

Nom, Prénom: \_\_\_\_\_ No tél: \_\_\_\_\_ Lien: \_\_\_\_\_

Nom, Prénom: \_\_\_\_\_ No tél: \_\_\_\_\_ Lien: \_\_\_\_\_

**VOTRE ENFANT A-T-IL DES PROBLÈMES DE SANTÉ OU D'ALLERGIES?**  OUI-  NON

Si oui, lesquels: \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant prend des médicaments:  OUI  NON

SI OUI, VEUILLEZ REMPLIR LE FORMULAIRE : AUTORISATION DE DISTRIBUER OU D'ADMINISTRER UN MÉDICAMENT PRESCRIT. (demandez-le au responsable des inscriptions)

J'autorise le camp de jour à utiliser des photos de mon enfant à des fins publicitaires:  oui  non

En cas d'urgence, j'autorise le camp de jour à prendre les actions nécessaires pour assurer la santé et le bien-être de mon enfant.  oui  non

\*\*\*Les responsables du camp de jour ne pourront être tenus responsables si des événements sont causés par des informations manquantes sur cette fiche.\*\*\*

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_