E-2016 - Inscription

#Membre	

La Maisonnette des Parents

Camp de jour (Enfants 5 à 12 ans)

Photo de l'enfant

ENFANT

Nom de famille de l'enfant : _____

Prénom de l'enfant : _____

Date de naissance : ___ ___ /___ ___ / ___ ___ ___ ___ (JJ/MM/AAAA) Sexe : ☐ F ☐ M

Ass. maladie : ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ Exp. : ___ ___ /___ ___ ___ ___ (MM/AAAA)

PARENT (ou tuteur responsable) - Membre de la maisonnette :

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ___ ___ /___ ___ / ___ ___ ___ ___ (JJ/MM/AAAA) Sexe : ☐ F ☐ M

Lien avec l'enfant : ☐ Mère ☐ Père ☐ Autre : _____

Numéro d'assurance sociale : ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ Essentiel pour avoir votre relevé 24

Adresse : _____ App : _____

Ville : _____ Code postal : ___ ___ ___ ___ ___ ___ Quartier : _____

Tél. (maison) (__ __ __) ___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___ Cellulaire (__ __ __) ___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___

Adresse courriel : _____@_____ . _____

J'autorise la Maisonnette des parents à m'envoyer le bulletin électronique ses activités : ☐ Oui ☐ Non

Langues parlées à la maison : _____

Comment avez-vous entendu parler de la Maisonnette des parents ?

☐ Répertoire loisirs ☐ Site internet/Facebook ☐ Dépliant de la MDP ☐ Autre _____

Avez-vous un compte Facebook? ☐ Oui ☐ Non

ACTIVITÉS

	Semaine 1 du 27au 30 juin*	Semaine 2 du 4 au 8 juillet	Semaine 3 du 11 au 15 juillet	Semaine 4 du 18 au 22 juillet	Semaine 5 du 25 au 29 juillet	Semaine 6 du 1 au 5 août	Semaine 7 du 8 au 12 août	Semaine 8 du 15 au 19 août	
Camp de jour Du lundi au vendredi de 9h00 à 16h00 **50$/semaine**	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Service de garde Du lundi au vendredi de 7h00 à 9h00 et de 16h00 à 18h00 **35$/semaine, 10$/jour**	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

* Nous serons fermés le 1e juillet

Carte de membre 5$ pour la famille **expiration le 30 août 2016 –** obligatoire et non rembousrable	
Chandail obligatoire – payable à l'inscription S ☐ M ☐ L ☐	13.00$
TOTAL	

La moitié du montant total doit être payé à l'inscription
Le solde de la facture doit être payé avant le 10 juin 2016
Des frais de 15$ seront exigés pour tout chèque sans provision.

E-2016 - Inscription

#Membre	

Personne à contacter en cas d'urgence

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Lien avec l'enfant : ☐ Mère ☐ Père ☐ Autre : _____

Tél. (maison) (__ __ __) ___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___ Cellulaire (__ __ __) ___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___

Informations médicales

L'enfant peut-il quitter seul à la fin de la journée? Oui ☐ Non ☐

Ces personnes sont autorisées à venir chercher l'enfant (autre que le parent inscrit au recto) :

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____

L'enfant souffre-t-il d'une maladie? ☐ Oui ☐ Non Précisez : _____

L'enfant souffre-t-il d'allergie(s)? ☐ Oui ☐ Non Précisez : _____

L'enfant a-t-il des problèmes de comportement? Oui ☐ Non ☐

Précisez : _____

L'enfant est-il suivi par un intervenant? Oui ☐ Non ☐
(CLSC, Centre Jeunesse, École, etc.)
Précisez : _____

L'enfant sait-il nager? ☐ Oui ☐ Non

L'enfant était-il inscrit au camp l'année dernière? ☐ Oui ☐ Non

Dans quelle école l'enfant était-il inscrit cette année? _____

- Toute demande de remboursement doit être faite par écrit et est assujettie à la loi sur la protection du consommateur.
- Les remboursements seront effectués par chèque après le 19 août 2016.
- Tout enfant dont l'état de santé ou le comportement est jugé inapproprié ou dangereux pour lui ou les autres sera immédiatement retourné chez lui. Je m'engage à respecter et à faire respecter à mon enfant le code de vie du camp.
- J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties prévues.
- J'autorise la Maisonnette des parents à photographier, filmer et enregistrer mon enfant dans le cadre des activités du camp à des fins promotionnelles pour la Maisonnette des parents ou l'Arrondissement Rosemont-Petite-Patrie.
- J'autorise la direction de la Maisonnette des parents à agir en mon nom en cas d'urgence afin de fournir à mon enfant les soins dentaires, médicaux et chirurgicaux requis par son état. Je consens à assumer les frais médicaux reliés à la santé et à la sécurité (ex : médicaments, ambulance, matériel médical, etc.)
- Je déclare que les renseignements donnés sont véridiques et je crois que mon enfant est en bonne santé et apte à participer aux activités du camp de jour.

Signature : _____ Date : _____