

Été 2017



Photo de l'enfant



Camp de jour (enfants 4 à 12 ans)

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)

Durant l'année 2016-2017, l'enfant est en :
 Maternelle 4 ans Maternelle 5 ans 1^e année 2^e année 3^e année 4^e année 5^e année 6^e année

Inscrire mon enfant avec son ami(e) : _____

PARENT au nom duquel sera produit le Relevé 24 :

Nom de famille : _____ Prénom : _____

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

Adresse : _____

Lien avec l'enfant : Mère Père Autre : _____ Cellulaire (____) _____ - _____

Tél. (travail) (____) _____ - _____ Tél. (maison) (____) _____ - _____

Adresse courriel : _____

PARENT

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Lien avec l'enfant : Mère Père Autre : _____ Cellulaire (____) _____ - _____

Tél. (travail) (____) _____ - _____ Tél. (maison) (____) _____ - _____

Adresse courriel : _____

Comment avez-vous entendu parler du camp de jour? _____

	1 26-29 juin*	2 2-7 juill.	3 10-14 juill.	4 17-21 juill.	5 24-28 juill.	6 31 juill. - 4 août	7 6-11 août	8 14-18 août	
Camp de jour Lundi-vendredi, 9h00-15h30 55\$/semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Service de garde Lundi- vendredi, 7h00-9h00 et 15h30-18h00 35\$/semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* Nous serons fermés le 30 juin

Frais d'administration (non remboursables)

20.00\$

Le tiers du montant total doit être payé au moment de 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. Toute demande de remboursement doit être faite par écrit et est assujettie à la loi sur la protection du consommateur. En cas d'annulation faite avant le 26 juin 2017, les frais de camp de jour et service de garde seront remboursés à 90%. En cas d'annulation faite à partir du 26 juin 2017 les frais de camp de jour et service de garde seront remboursés à 80%.

TOTAL

--

Été 2017

Personne à contacter en cas d'urgence

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Lien avec l'enfant : Mère Père Autre : _____

Tél. (maison) (____) _____ - _____ Cellulaire (____) _____ - _____

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 les parents inscrits 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 : _____

Informations médicales

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

L'enfant souffre-t-il d'allergie(s), restriction(s), intolérance(s) alimentaires? 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 sans aide (personne, flotteurs, etc.)? Oui Non

École actuellement fréquentée par l'enfant : _____

- Toute demande de remboursement doit être faite par écrit et est assujettie à la loi sur la protection du consommateur.
- 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 : _____